Rok LI. Kraków, dnia 10. lutego 1912. Nr 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kilka uwag w sprawie techniki i wyników cesarskiego cięcia nadłonowego

podał

Dr Adam Czyżewicz.

(Według wykładu na XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie. Sekcya ginekologiczna).

Uwagi wstępne.

Jak we wszystkich zabiegach operacyjnych, tak i w cięciu cesarskiem zauważyć można szereg zmian i przeobrażeń, dotyczących nietylko pojedynczych szczegółów, ale zmieniających z gruntu cały jego obraz, sposób przeprowadzenia, wyniki, wskazania i rozległość zastosowania. Tembardziej tu jest to widoczne, że zabieg ten, jako konieczny do ratowania, w pewnych przypadkach, życia rodzącej, wykonywany był już od niepamiętnych czasów tak, że początku jego nawet na pewno wykazać nie można i w ślad za tem przechodził wszystkie przeobrażenia, związane z rozwojem sztuki lekarskiej, a w szczególności chirurgii. Stosowany początkowo jako ostatnia, rozpaczliwa próba ratunku, stał się dziś operacyą, wskazaną w wielu przypadkach z najrozmaitszych względów, nietylko dla dobra matki, lecz także dla usunięcia niebezpieczeństwa, mogącego zagrażać życiu płodu.

Co do samej techniki przeprowadzenia zabiegu, stwierdzić można w ostatnich czasach szybki rozwój, wynikający z dążności wykluczenia właściwej jamy brzusznej, a operowania zewnątrz otrzewnej; myśl bynajmniej nie nowa, gdyż podana już w roku 1806 przez Jörga, a przeprowadzona najpierw w r. 1820 przez Ritgena, dalej przez Physicka, Baudelocquea, Cianflonea, Thomasa, Taylora, Jewetta, Hincego, Edisa, Gillettea, Skenego, Budina, Massona, Coulleta, jednakże zaniedbana, a doprowadzona na właściwe drogi dopiero przez Franka w r. 1906. I teraz jednak nie było to postępowanie jednolite i zupełnie wykształcone, aż dopiero dalsze prace Sellheima, Frommego, Pfannenstiela, Latzki i w. i. nadały mu postać dzisiejszą.

Pomijam zupełnie historyczny rozwój cięcia cesarskiego, powołując się pod tym względem na pracę Bocheńskiego, zestawiającą cały ten rozkwit w pojedynczych etapach, chciałbym natomiast przedstawić stan rzeczy w dzisiejszym jej rozwoju i zastosowaniu. Z tego punktu widzenia walczą ze sobą o lepsze dwie szkoły, jedna dawna t. zw. klasyczna, druga nowa, której ideałem jest postępowanie zewnątrzotrzewne. W środku pomiędzy niemi, jako przejście, zaznacza się szkoła, otwierająca wprawdzie macicę śródotrzewnie, jednakże nie w jej trzonie, ale w jej dolnym odcinku, względnie szyi.

Chcąc przeciwstawić sobie te zapatrywania, powinno się właściwie cięcie cesarskie śródotrzewne trzonowe i szyjne połączyć razem i jako taką całość, porównać z cięciem zewnątrzotrzewnem z tego względu, że oba one mają wspólny punkt najważniejszy, t. j. otwarcie jamy brzusznej Z drugiej jednak strony między cięciem klasycznem, a szyjnem są tak zasadnicze różnice, spowodowane zupełnie odmienną budową anatomiczną tych dwu części macicy, zupełnie innym przebiegiem operacyi, co w szczególności odnosi się do czasu i siły działania rozmaitych bodźców zewnętrznych na wnętrze jamy brzusznej, oraz do przebiegu trzeciego okresu porodu, że nie można obydwu zabiegów traktować jako równorzędne. Tak samo cięcie cesarskie w szyi macicy ma wiele wspólnych cech z cięciem zewnątrzotrzewnem, gdyż jedno i drugie trafia macicę w tym samym jej odcinku, nie może być jednak zszeregowane pod jeden strychulec ze względu na zasadniczą różnicę, tyczącą się otwierania otrzewnej. Chcąc nie chcąc, musi więc rzecz cała rozpaść się na 3 grupy, które przedewszystkiem należy omówić osobno, poczem dopiero można w razie potrzeby łączyć dwie z nich i przeciwstawiać trzeciej. Tylko w ten sposób, obserwując bezstronnie, może statystyka dać wskazówki postępowania w przyszłości i doprowadzić z biegiem czasu do drogi wiodącej do celu t. j. do możności gwarantowania życia matki i płodu, o ile wogóle zapewnienie takie będzie kiedykolwiek możliwe.

Rozpatrzenie poszczególnych sposobów operacyjnych zasadzać się musi przedewszystkiem na dokładnej znajomości pola działania i narządów, które w grę wchodzą. Anatomia, dotycząca cięcia cesarskiego klasycznego, jest tak powszechnie znana i wszechstronnie omówiona, że — choć pojedyncze zapatrywania różnią się między sobą — zbytecznem byłoby kusić się wogóle o jej przedstawienie. Prawie to samo dotyczy sprawy dolnego odcinka macicy, wchodzącego w grę przy cięciu szyjnem śródotrzewnem i zewnątrzotrzewnem, choć i tu zdania są jeszcze podzielone i zapatrywania jednolitego wyrazić nie można. Szczególnie odnosi się to do przebiegu otrzewnej, która układa się już i w zwykłym stanie w rozmaity sposób, a która

w ciąży, zwłaszcza przy jej końcu i podczas porodu, ulega rozległym przesunięciom, wskutek czego wyłaniają się przestrzenie, przedtem zupełnie niedostępne. Studyum tych zmian końcowych wykazuje taką różnorodność, że prawdopodobnie potrzeba będzie jeszcze wielu badań dla ustalenia pewnych typów, i, co za tem idzie, dla stworzenia możności rozpoznania tych typów przed zabiegiem. Dziś, pomimo, że bardzo wiele wykonano już cięć cesarskich przez przecięcie dolnego odcinka macicy, nadzwyczaj mało ścisłych opisów zachowania się otrzewnej dochodzi do wiadomości ogółu. Jak zwykle przy każdej operacyi, tak i tutaj chodzi przedewszystkiem o podanie sposobu jak najłatwiejszego jej wykonania i z jak najlepszą szansą wyjścia dla matki i płodu, zapominając przytem o wiedzy lekarskiej jako nauce ścisłej, nie związanej z chorą jednostką; jak zwykle więcej jest lekarzy, niż badaczów. Z drugiej strony musi jednak dziwić ten stan rzeczy, jeżeli się zważy, że rozpamiętywanie i ustalenie ścisłe stosunków anatomicznych nie odgrywa żadnej roli dla chorej operowanej, gdyż operatora, który wogóle odważył się na wykonanie cięcia cesarskiego, posiada więc potrzebną ku temu wprawę chirurgiczną, nie wytrąci z równowagi podyktowanie kilku szczegółów do protokołu podczas operacyi, chorej zaś jest zupełnie obojętne trwanie zabiegu, o ile on jest niepowikłany, przez kilka minut dłużej. W pierwszej mojej publikacyi, tyczącej się przypadku cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnego, zwracałem już na to uwagę, oraz podałem szereg punktów, na które powinno się zwracać uwagę, spodziewając się, że w ślad za tem znajdę na nie odpowiedź w opisach późniejszych autorów i że z biegiem czasu będzie można zupełnie ściśle ustalić anatomię narządu płciowego kobiety przy końcu ciąży i podczas porodu w zarysach tak ścisłych, jak jest znaną u osób nieciężarnych. Do dziś opisów tych nie znalazłem, prócz rysunków w pierwotnej pracy Franka i prócz dat anatomicznych, zebranych z przekrojów przez Sellheima. Jeżeli się odtrąci nieco szczegółowszy opis Rosthorna, podany na posiedzeniu Towarz. ginekologicznego w Wiedniu 2 marca 1909, to pozostaną tylko luźne wzmianki, z których na pewno pojedynczy autor przypomni sobie przebieg operacyi i trudności, z jakiemi miał do walczenia, z których jednak prawideł ogólnych wysnuć prawie nie można.

Przeprowadzając konsekwentnie myśl podaną, notowałem szczegółowo stosunki anatomiczne w każdym przypadku. Na razie jest ich jednak za mało do wyciągania wniosków.

Pole operacyjne, przez które zewnątrzotrzewnie dostać się można do szyi macicy, opisał w krótkich słowach Rosthorn i opis ten powtarzam poniżej dla dania krótkiego obrazu oryentacyjnego. Chcąc odsłonić szyję macicy, przejść należy przez warstwę wiotkiej tkanki łącznej przedpęcherzowej, okołopęcherzowej i przedszyjnej. Postępując krok za krokiem, dochodzi się do tkanki łącznej Retziusa, a za nią do przedniej ściany pęcherza, pokrytej od przodu powięzią przedpęcherzową. Następnie, po odsunięciu pęcherza w dół, lub na bok, zagłębia się w tkankę okołopęcherzową, ograniczoną od góry otrzewną, od dołu powięzią miedniczną, od boków mięśniami (obturatorius internus), od tyłu zaś szyją macicy. W przestrzeni tej przebiegają w pewnych kierunkach zbitsze pasma tkanki łącznej, będące w związku z powięzią przedpęcherzową i pęcherzową. — Otrzewna, ogółem biorąc, schodzi z przedniej ściany powłok brzusznych na szczyt pęcherza, pokrywa część jego tylnej ściany, tworzy załamek mniej lub więcej głęboki, przechodzi na przednią ścianę szyi i zazwyczaj nieco powyżej pierścienia skurczowego spaja się silnie z trzonem macicy. Szczegóły, dotyczące głębokości tego załamka, rozległości pokrycia tylnej ściany pęcherza i przedniej ściany szyi macicy, są nadzwyczaj zmienne, wahają się między pokryciem tych części całkowitem, a zupełnem ich niepokryciem, i, jak wyżej wspomniałem, wymagają jeszcze należytego oświetlenia; tak samo stan i przemieszczenie pęcherza moczowego zmienne znowu w bardzo szerokich granicach. — Przyczepienie się otrzewnej do swego podłoża wyświetliły badania Sellheima; ustaliły one fakt, że otrzewna przyrosła dość silnie do szczytu pęcherza i jego rogów w okolicy odejścia więzadeł pęcherzowo-pępkowych bocznych, zresztą zaś związek ten jest luźny, tak, że na tępo z całą łatwością daje się usunąć.

Podział i technika wykonania.

Cesarskie cięcie szyjne, podane pierwotnie przez Franka dla przypadków zakażonych, zdążając przez sposób operacyi śródotrzewnej i przezotrzewnej do cięcia zewnątrzotrzewnego, wykonywane dziś coraz to rzadziej w przypadkach zakażonych, coraz częściej zaś w czystych, lub mało podejrzanych, rozpadło się na 3 grupy, z których każda ma swoich bezwzględnych zwolenników i przeciwników. Z uwzględnieniem i cięcia klasycznego, są to:

1) Cesarskie cięcie śródotrzewne klasyczne
2) » » » szyjne
3) » » przezotrzewne »
4) » » zewnątrzotrzewne »

Co do pierwszego — nie zabieram głosu, co do dalszych trzech chciałbym w krótkich słowach przedstawić liczne sposoby dziś wykonywane, zdążające coraz bardziej do ulepszenia techniki i doprowadzenia jej do szczytu.

Cesarskie cięcie śródotrzewne szyjne, podane pierwotnie przez Pfannenstiela, polega na otwarciu jamy brzusznej cięciem poniżej pępka podłużnem lub poprzecznem, nacięciu otrzewnej macicznej i otwarciu szyi na przestrzeni między pierścieniem skurczowym a ujściem zewnętrznem. Według pierwotnego sposobu, wyzyskuje się dla przecięcia szyi przestrzeń między pierścieniem skurczowym, a dnem załamka otrzewnej, jeżeli to jednak nie wystarcza, odłuszcza się na tępo pęcherz od szyi macicy, zyskując przez to miejsce, aż do sklepienia pochwy. Postępowanie to przeprowadzono w rozmaity sposób, stosując naprzemian rozmaite kierunki cięć w poszczególnych warstwach powłok brzusznych.

Cięcie przezotrzewne, podane przez Franka jako sposób pierwotny cesarskiego cięcia szyjnego, polega w ogólnych zarysach na sztucznem wytworzeniu przestrzeni niejako zewnątrzotrzewnej w obrębie samej właściwej jamy brzusznej. Naogół uzyskuje się to przez przecięcie otrzewnej w dwóch miejscach i zeszycie jej brzegów ze sobą. W szczegółach wykonują to przez przyszycie brzegów przeciętej otrzewnej ściennej do otrzewnej macicznej i nacięcie następowe tej ostatniej, lub przecięcie otrzewnej ściennej i macicznej z następowem zeszyciem ich brzegów. Zeszyte

blaszki otrzewnej pozostają następnie połączone ze sobą, albo też oddziela się je po operacyi na nowo i zeszywa według pierwotnych stosunków anatomicznych. Zamknięcie otrzewnej czasowe, uzyskane w powyższych sposobach, można wykonać zapomocą szwu węzełkowego lub ciągłego, albo też zapomocą zacisków, zakładanych na brzegi otrzewnej.

Cięcie zewnątrzotrzewne, zapoczątkowane przez Sellheima, a wykształcone szczególnie przez Latzkę, polega w ogólnych zarysach na wejściu pomiędzy pęcherz a załamek otrzewnej i dostaniu się tą drogą do przedniej ściany szyi macicy. Dostęp uzyskuje się przez odłuszczenie otrzewnej z pęcherza moczowego i dolnego odcinka macicy lub też przez usunięcie pęcherza na bok, co samo już stwarza odsłonięcie szyi. Pierwsze napotyka często na poważne trudności, w drugiem można operować zewnątrzotrzewnie z szansą prawie zupełnego powodzenia, jak to stwierdzają najpoważniejsi autorowie. Nie brak nawet głosów, że naddarcie otrzewnej przypadkowe należy w takich przypadkach kłaść na karb niezręczności operatora lub błędu technicznego.

Myśl, rzucona przez Latzkę, odsuwania pęcherza na bok opanowała prawie odrazu umysły wszystkich, w porównaniu bowiem z pierwotnym sposobem Sellheima stanowiła znaczne udoskonalenie i wskutek łatwości oddzielania pęcherza i załamka otrzewnej gwarantowała prawie, jak się wówczas wydawało, przeprowadzenie zabiegu zewnątrzotrzewnie, co było celem głównym. W bardzo krótkim jednak czasie okazało się, że i przy tym sposobie wydarzają się mimowolne przedarcia otrzewnej i pęcherza moczowego i dlatego starano się metodę jeszcze ulepszyć. Dla łatwiejszego dojścia do boku pęcherza i do szyi macicy, proponował Küstner nacięcie skóry nie w linii środkowej, lecz obok niej w oddaleniu około 2—3 centymetrów, a Döderlein prócz tego nacięcie szyi boczne, nie w linii środkowej, co miało znacznie upraszczać w mniejszym stopniu już potrzebne odsunięcie pęcherza. Z biegiem czasu poprawki te nie uzyskały zwolenników.

Najbardziej popularnym pozostał dotychczas sposób Latzki, który w miarę wykształcenia techniki operacyjnej daje coraz to lepsze wyniki. Zarzucano mu tylko, że do możności wykonania wymaga znacznego rozciągnięcia dolnego odcinka macicy, co przychodzi do skutku tylko podczas porodu, już po pewnym czasie jego trwania, że więc wskutek tego nie nadaje się do rozwiązania w przypadkach, będących w samym początku porodu, lub jeszcze podczas ciąży. Dla ulepszenia i w tym kierunku podali Solms i Dührssen swoją metodę, wzorującą się na dawno znanym zabiegu Ritgena, a polegającą na cięciu bocznem, równoległem do więzadła Pouparta, dojściu na tępo do bocznej ściany szyi macicy i nacięciu jej w tem miejscu z bardzo małem i łatwem obsunięciem pęcherza i załamka otrzewnej. W przypadkach, w których miejsca było zamało, radził Dührssen w czasie trwania samego zabiegu przerwać go chwilowo, wprowadzić balon gumowy do szyi macicy od strony pochwy i na nim podobnie, jak przy cięciu cesarskiem pochwowem, rozciąć przednią ścianę szyi, a cięcie to przedłużyć następnie do woli od strony rany w powłokach brzusznych. Sposób ten miał i drugą jeszcze zaletę, pozwalał bowiem na zupełne zamknięcie rany górnej zaraz po porodzie dziecka i przeprowadzeniu okresu trzeciego już na prawidłowej drodze, t. z. przez pochwę. Pomimo tych wszystkich zalet sposób powyższy nie znalazł wielu zwolenników, choć często i wymownie był popierany przez swego twórcę i jego asystentów. Powodu nieprzyjęcia się jego, choć nikt o tem nie wspomina, należy prawdopodobnie szukać w fakcie konieczności operowania naprzemian przez czystą ranę brzuszną i przez pochwę, która, jak wiemy, wyjałowić się nie da.

Sposób powyższy podany był dla przypadków czystych, które coraz to bardziej są brane w rachubę przy cięciu cesarskiem zewnątrzotrzewnem. W ślad za tem starano się wyeliminować przypadki zakażone i dla nich stworzyć osobny sposób postępowania, korzystny dla dziecka i dla matki. Wynikiem tego usiłowania jest sposób Sellheima, operowanie przez t. zw. przetokę maciczno-brzuszną (Uterusbauchdeckenfistel), a polegający na otwarciu jamy brzusznej w cięciu w linii środkowej poniżej pępka, przyszyciu brzegów otrzewnej ściennej do brzegów skóry, nacięciu otrzewnej macicznej i przyszyciu jej brzegów znowu do brzegów skóry w ranie, przecięciu szyi macicy w linii środkowej i przyszyciu brzegów i tej rany do skóry. Powstaje w ten sposób prosta komunikacya jamy macicy ze światem zewnętrznym, otoczona wewnętrzną powierzchnią szyi macicy i skórą, a wzmocniona podwójnem przyszyciem otrzewnej do skóry. Przetoka ta bez zmiany pozostaje po porodzie i w parę tygodni później wymaga ponownej operacyi dla oddzielenia zrostów i stworzenia stosunków pierwotnych.

Z dawniejszych czasów pochodzą sposoby, będące wyrazem dążności do ulepszenia jeszcze przed podaniem zasad postępowania Latzki przez Sellheima i Franka, polegające na czasowem, krótkotrwałem otwarciu otrzewnej dla oryentowania się stąd o istniejących stosunkach i dla uniknienia obrażeń przypadkowych. Sposoby te, które już a priori zrzekały się wykonania operacyi bezwzględnie zewnątrzotrzewnie, ustały z chwilą wystąpienia Latzki i dziś prawie zupełnie nie wchodzą w rachubę.

To byłyby ogólne zasady rozwoju techniki cięcia cesarskiego nadłonowego, tak śródotrzewnego, jak zewnątrzotrzewnego. Jak wyżej wspomniałem, drobnych odmian prowadzenia cięcia lub drobnych różnic od pierwotnie podanego sposobu nie uważam za zmiany zasadnicze, lecz raczej za przystosowanie się do osobistych zapatrywań operatora i do stosunków miejscowych.

Ze względu jednak na konieczność porozumienia się w krótkich słowach i ze względu na określanie tych sposobów nazwiskami w mojem zestawieniu, podaję tutaj spis ich wszystkich wraz z krótkiem objaśnieniem istoty rzeczy:

Frank I. — Poprzeczne przecięcie powłok brzusznych i otrzewnej ściennej i macicznej. Zeszycie brzegów otrzewnej ściennej z brzegami otrzewnej macicznej. Przecięcie poprzeczne szyi.

Frank II. — Mały otwór w otrzewnej przy przecięciu powłok, jak w poprzednim sposobie. Odsunięcie otrzewnej z pęcherza pod kontrolą oka. Zeszycie otworu w otrzewnej. Dalej postępowanie zewnątrzotrzewne.

Frank II b. — Jak poprzedni, lecz bez nacinania otrzewnej, a więc ściśle zewnątrzotrzewnie.

Fromme I. — Jak Frank I. Jedynie tylko, po ze-

szyciu szyi macicy, rozpuszczenie szwów otrzewnych i zeszycie blaszek tejże w położeniu anatomicznem, a więc tak, jak były przed operacyą.

Fromme II. — Cięcie podłużne przez powłoki brzuszne i otrzewną. Spięcie zaciskami brzegów otrzewnej ściennej z brzegami otrzewnej macicznej. Podłużne przecięcie szyi. Po wydobyciu płodu i zeszyciu rany macicznej, zeszycie blaszek otrzewnej w stanie fizyologicznym.

Sellheim I. — Poprzeczne cięcie Pfannenstiela. Rozsunięcie mięśni prostych. Odłuszczenie otrzewnej od powłok brzusznych ściany przedniej, dna i ściany tylnej pęcherza i dolnego odcinka macicy, przy wypełnionym pęcherzu moczowym — lub

Sellheim I b. — Po chwilowem otwarciu otrzewnej dla umożliwienia kontroli wzrokiem, odsunięcie otrzewnej w górę. Podłużne przecięcie szyi. Szew macicy dwupiątrowy.

Sellheim II. — Poprzeczne cięcie Pfannenstiela. Przecięcie otrzewnej ściennej, poprzecznie nad szczytem pęcherza. Przyszycie brzegu tej rany otrzewnej do otrzewnej macicznej. Przecięcie poprzeczne otrzewnej macicznej w głębi załamka i odsunięcie pęcherza. Dalej jak Sellheim I.

Sellheim III. — Początek, jak Sellheim II. Po przecięciu otrzewnej ściennej poprzeczne przecięcie otrzewnej macicznej, jak najniżej, najlepiej w dnie załamka. Odłuszczenie górnego płatu otrzewnej macicznej i zeszycie jego brzegu z brzegiem otrzewnej ściennej. Dalej jak Sellheim I.

Sellheim IV. — (Uterusbauchdeckenfistel). Podłużne przecięcie powłok brzusznych i otrzewnej ściennej i macicznej. Przyszycie brzegów otrzewnej ściennej do skóry, a brzegów otrzewnej macicznej do brzegów otrzewnej ściennej. Podłużne przecięcie szyi i przyszycie brzegów tej rany do skóry. — Po porodzie pozostaje przetoka, którą zamyka się następowo.

Pfannenstiel. — Poprzeczne cięcie powłok brzusznych, podłużne otrzewnej i dolnego odcinka macicy. W razie potrzeby odłuszczenie pęcherza po poprzecznem nacięciu załamka otrzewnej.

Baum — jak Fromme I., tylko zamiast szwu blaszek otrzewnej, zaciski.

Rubeška. — Cięcie podłużne powłok brzusznych i otrzewnej ściennej. Obrąbienie elipsy otrzewnej macicznej brzegami przeciętej otrzewnej ściennej. Podłużne przecięcie szyi. — Otwarte gojenie rany macicznej.

Hofmeier I. — jak Fromme II, lecz ze spojeniem blaszek otrzewnej ściennej i macicznej między sobą ciągłym szwem, który pozostaje na stałe i z następowem sączkowaniem.

Hofmeier II. — Cięcie podłużne powłok brzusznych i macicy możliwie głęboko. W razie braku miejsca, nacięcie i trzonu.

Latzko. — Przy pęcherzu moczowym, wypełnionym 150 cm^3 płynu, cięcie podłużne w linii białej. Rozsunięcie mięśni prostych. Odsunięcie pęcherza na bok. Przecięcie podłużne szyi. — Po zabiegu sączkowanie tkanki okołopęcherzowej.

Hammerschlag. — Poprzeczne przecięcie powłok brzusznych aż do otrzewnej; podłużne przecięcie otrzewnej ściennej i przyszycie jej brzegów do szyi. Podłużne przecięcie szyi.

Krönig — jak Frank I., lecz z macicznem cięciem krzyżowem lub w kształcie T.

Klein I. — Podłużne przecięcie powłok brzusznych i otrzewnej. Odłuszczenie otrzewnej od pęcherza i macicy. Przecięcie szyi macicy poprzecznie.

Klein II. — jak poprzedni, lecz z podłużnem przecięciem szyi.

Döderlein. — Poprzeczne cięcie Pfannenstiela. Rozsunięcie mięśni prostych. Zakarbowanie prawego m. prostego tuż u podstawy i częściowe odłuszczenie go od przyczepu, wypełnienie pęcherza. Rozsunięcie tkanki łącznej z boku macicy. Odsunięcie pęcherza ku przodowi. Boczne nacięcie szyi.

Solms-Dührssen. — Cięcie nad więzadłem Pouparta równolegle do niego. Odsunięcie pęcherza ku przodowi, załamka otrzewnej ku górze. Następnie przez pochwę kolpohysterotomia anterior. Wydobycie płodu kleszczami przez ranę brzuszną, łożyska przez pochwę. Zamknięcie rany pochwowej. Zamknięcie rany brzusznej.

Solms — jak Solms-Dührssen, a tylko poprzednio balon do szyi. Na nim rozcina się szyję od strony pochwy. W okresie III. zakłada się prowizorycznie zaciski na przymacicza dla zapobieżenia krwawieniu.

Reifferscheid I. — Podłużne przecięcie powłok brzusznych, poprzeczne otrzewnej ściennej. Przyszycie brzegów otrzewnej ściennej do macicy. Podłużne nacięcie szyi.

Reifferscheid II. — Podłużne przecięcie powłok i otrzewnej. Przyszycie brzegów otrzewnej ściennej do macicy. Podłużne nacięcie szyi.

Rubeška II. — Cięcie podłużne 3 cm. na lewo od linii środkowej. Dalej, jak Latzko.

Küstner. — Cięcie podłużne 5 cm. na bok od linii środkowej, a to na lewo przy prawostronnem ułożeniu pęcherza, na prawo przy jego ułożeniu lewostronnem. Przy pęcherzu ułożonym w środku, cięcie po stronie tyłogłowia. Dalej jak Latzko.

Henkel. — Laparotomia. Wytoczenie macicy. Prowizoryczne zamknięcie jamy brzusznej. Zawinięcie macicy w chusty. Poprzeczne przecięcie otrzewnej macicznej nad szczytem pęcherza. Odłuszczenie pęcherza. Podłużne przecięcie szyi.

E. Frank — jak Latzko, tylko po porodzie płodu zeszywa całą ranę, a w $^1/_2$ godziny potem wyciska łożysko przez pochwę.

W dzisiejszych czasach znajduje cesarskie cięcie nadłonowe coraz więcej zwolenników i coraz więcej wskazań, i pozwala żywić nadzieję, że w przyszłości stanie się, jako jednolicie wykształcony sposób postępowania, przystępnem dla wszystkich. Ogólny jego obraz dać może tylko zestawienie przypadków dotąd operowanych, oraz podanie możliwie jak największych szeregów zabiegów, wykonanych przez tego samego operatora. Chcąc bezstronnie dojść do miarodajnych wniosków, chciałbym użyć jednej i drugiej drogi i połączyć cyfry, wynikające z zestawienia ogólnego, z własnem doświadczeniem, nabytem w kilkunastu przypadkach. Dla uzyskania statystyki, obejmującej wszystkie przypadki dostępne mi w piśmiennictwie, zacząć muszę od podania swoich, które następnie zostają włączone do całkowitego zestawienia.

Przypadki własne.

I. Lp. 607/1907/8 M. G., cesarskie cięcie zewnątrzotrzewne bez przedarcia otrzewnej sposobem Sellheima, ogłoszone już poprzednio w Centrablatt für Gynäkologie z r. 1908 Nr. 25.

II. L. p. 195/1908/9 M. Z., żona rolnika z Lipczyc, 21-letnia wieloródka, przyjęta 22. listopada 1908 r. o 9 rano. Poprzednio rodziła trzy razy, przyczem poród musiano zawsze kończyć wymóżdżeniem. Ostatnia regularność skończyła się 23 lutego 1908, pierwsze ruchy poczuła chora 11 lipca 1908, bólów jeszcze nie miała. Badanie wykazało, co następuje: Osoba miernie odżywiona i zbudowana, będąca przy końcu ciąży, nie gorączkująca, z żywym płodem w położeniu czaszkowem pierwszem, nieustalonem. Miednica skośnie zwężona w ten sposób, że połowa prawa jest znacznie mniejsza, lewa stosunkowo większa, jednak nie większa od prawidłowej, tak, że całość wygląda podobnie do typu miednicy Nägelego, charakteryzującej się brakiem skrzydła kości krzyżowej. Wymiary tej miednicy są:

D. spin.	$21^1/_2$ cm.
D. crist.	23— »
D. troch.	28— »
C. ext.	19— »
C. diag.	10— »
C. vera (Bylicki) . . .	9·5 »
Wym. poprz. wychodu .	9— »

29 listopada o 4 rano wystąpiły bole porodowe, o $^1/_2$-7 rano wykazało badanie część pochwową zanikłą, ujście rozwarte na guldena, a pęcherz utrzymany. Z tą chwilą przystąpiono do operacyi. W spokojnem uśpieniu chloroformowem, przy ułożeniu zwisłem według Trendelenburga i przy pęcherzu wypełnionym 100 cm³ rozczynu kwasu borowego, poprowadzono w linii środkowej cięcie, sięgające ku górze na dłoń niżej pępka, ku dołowi do spojenia łonowego. Następnie rozsunięto na tępo mięśnie proste i odsłonięto pęcherz moczowy. Załamek otrzewnej, zachodzący na pęcherz, dał się początkowo łatwo usunąć, dopiero na szczycie pęcherza zrost otrzewnej z jego ścianą był tak silny, że oddzielić się nie dał i przyszło do naddarcia otrzewnej. Wobec tego odstąpiono od myśli operacyi zewnątrzotrzewnej, a wobec czystości przypadku zdecydowano się na sposób Pfannenstiela. Podłużne cięcie w linii środkowej otwiera otrzewnę maciczną, a zaraz za nią ścianę dolnego odcinka; ta ściana bardzo mało wypuklona, grubości około 3—4 milim. Pierścienia skurczowego nie widać. Po usunięciu wstawia się w ranę nienaruszony pęcherz płodowy, wykazujący tylko bardzo luźny związek ze ścianą szyi. Po jego przebiciu i wypuszczeniu czystej wody płodowej, widać płód w położeniu miednicowem zupełnem pierwszem. Wydobycie go za nóżkę nie sprawia żadnych trudności. Po urodzeniu płodu trzon macicy kurczy się prawidłowo, natomiast dolny odcinek i szyja nie kurczą się wcale, a rana nie zmienia kształtu ani wielkości w żadnym kierunku. Szczególnie dobrze widać to później przy wydobyciu łożyska, gdzie ręka stwierdza obkurczone ściany trzonu, a poniżej jamę wielkości głowy dziecka, otoczoną ścianami, w których nie czuć, ani nie widać żadnych skurczów.

Już przy przecięciu macicy zaczyna silnie krwawić z brzegów rany. Krwotok ten powiększa się znacznie po wydobyciu dziecka tak, że okazuje się potrzeba usunięcia łożyska. Gdy wygniecenie sposobem Credego nie wiedzie do celu, wprowadzono rękę do jamy macicy i odklejono łożysko, leżące na tylnej i lewej ścianie, przyrośnięte w jednem miejscu na przestrzeni wielkości halerza. Dla uniknięcia ewentualnego zatoru powietrznego dokonano tego wydobycia łożyska po uniesieniu górnej połowy ciała w pozycyi nawpół siedzącej. Pomimo usunięcia łożyska krwotok nie ustaje, wstrzymuje go dopiero silna tamponada macicy gazą vioformową, której koniec przeprowadzono przez ujście do pochwy. Teraz połączono brzegi rany macicznej 9 szwami katgutowymi węzełkowymi i ciągłym szwem pokrywającym. Nad tem zeszyto otrzewnę maciczną, otrzewnę ścienną i powłoki brzuszne. Operacya trwała 60 minut.

Stosunki anatomiczne przedstawiają się w tym przypadku następująco: Pęcherz moczowy wyciągnięty w górę, tak że jego górna granica sięga na dłoń wyżej spojenia łonowego, biegun zaś dolny dochodzi do połowy tego spojenia. Otrzewna ścienna schodząc z góry, zachodzi na 1—$1^1/_2$ cm. na przednią ścianę pęcherza, pokrywa następnie jego dno i ścianę tylną, tworzy głęboką zatokę maciczno-pęcherzową i aż na wysokości około $^1/_4$—$^1/_2$ cm nad ujściem zewnętrznem przechodzi na ścianę macicy, z którą zrasta się o 5—6 cm. wyżej. Stąd pęcherz stoi w związku tylko ze sklepieniem przedniem i zaledwie z dolnym brzegiem szyi macicy tuż przy ujściu zewnętrznem, część zaś szyi i dolnego odcinka, z której możnaby usunąć otrzewnę, chcąc operować sposobem Sellheima, wynosi, licząc od ujścia zewnętrznego, $5^1/_4$—$6^1/_2$ cm.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Następnego dnia po operacyi wyjęto gazę z macicy, 9. grudnia szwy, rana zgojona doraźnie. 19. grudnia wypuszczono pacyentkę jako zdrową. Badanie wykazało wtedy macicę w dość znacznem uniesieniu i zrost w obrębie rany między przednią jej ścianą a powłokami brzusznemi.

Płód żywy, donoszony, po urodzeniu ważył 3·000 gram., a miał długości 51 cm., obwód główki wynosił 37 cm., obwód barków 41 cm.

Łożysko (19:17 cm.) prócz miejsca zrostu bez zmian, pępowina długości 40 cm., przyczepiona przyśrodkowo, prawidłowa.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Odma piersiowa sztuczna

napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

(Ciąg dalszy).

Metoda lecznicza, o której mowa, wysunęła na widownię dociekań klinicznych pewne szczegóły rozpoznawcze z dziedziny dyagnostyki płucnej. Są nimi: dokładne poznanie rozmiarów zmian w płucach; bliższe określenie ruchomości płuc, względnie, określenie rozmiaru zrostów płuca z opłucną ścienną; wreszcie, charakter objawów klinicznych, występujących po zaprzestaniu uciskania płuca.

Nie sprawdziły się te nadzieje, jakie pierwotnie pokładano w tej metodzie — o ile mowa o początkowych okresach gruźlicy. Nie daje nam tu radiologia bezpośredniej odpowiedzi na pytanie, czy wykazane ognisko jest czynne, czy nieczynne. Ale rozmiary zmian anatomicznych starszych, ale obecność jam, ale charakter jednej ze spraw gruźliczych, mianowicie gruźlicy prosówkowej, coraz częściej możemy rozpoznać dokładnie tylko przy pomocy promieni Röntgena, szczególniej, jeśli stosujemy jednocześnie radioskopię i radiografię.

Co do poznania rozmiarów zmian gruźliczych w płucach, to badanie kliniczne zostaje uzupełnione przez badanie promieniami Röntgena i przez nie często skorygowane w dwu różnych kierunkach.

W jednym szeregu przypadków radiografia wykazuje zmiany tam, gdzie badanie kliniczne żadnych zgoła zmian w miąższu płuc nie wykrywa lub każe przypuszczać zmiany niewielkie; przy rozstrzyganiu obchodzącej nas w tej chwili sprawy wskazań do odmy sztucznej, wykazanie dokładnego rozmiaru, a głównie siedziby zmian, dwa różne wnioski za sobą pociąga: 1) znalezienie większych, niż przypuszczaliśmy, zmian w jednem płucu przeważyć może na korzyść wskazania do zastosowania odmy w celach leczniczych; 2) znalezienie zmian w płucu przeciwległem ogranicza wskazanie do tego zabiegu.

Podobnie z wykazaniem obecności jam, kiedy ich nie znalazło badanie kliniczne; ich wykazanie w jednem płucu — skłoni do zastosowania odmy; ich wykrycie w płucu t. zw. »zdrowem«, — uchyli możność wytworzenia odmy.

Ale badanie radiograficzne wykazać może brak zmian tam, gdzie badanie kliniczne, lub mówiąc ściślej, osłuchiwanie — takie zmiany stwierdza.

Sprawą rzężeń symetrycznie przeniesionych zajęto się głównie dzięki temu, że badanie radiograficzne nie wykazywało czasem zmian anatomicznych tam, gdzie na zasadzie osłuchiwania przypuszczano daleko posunięte zmiany, słyszano szmer oddechowy oskrzelowy (lub prawie oskrzelowy), nawet szmer dzbanowy, rzężenia dźwięczne, objawy jam. Takie objawy, jak się okazało, bywają czasem przeniesione ze strony jednej, zajętej sprawą gruźliczą, na symetrycznie przeciwległą okolicę strony zdrowej.

Tej sprawie poświęcili w ostatnich czasach wiele uwagi Saugman i Muralt, wykazując, jak konieczne jest sprawdzenie stanu płuc przez radiologię w tych przypadkach, w których badanie kliniczne zdaje się wyłączać możność wytworzenia odmy, wobec wyraźnej obustronności daleko posuniętych zmian gruźliczych w płucach.

Na zjawiska przeniesienia rzężeń i charakteru oddechu — z płuca chorego na symetrycznie położone okolice płuca zdrowego, zwracał uwagę pierwszy Laennec; w kilku ustępach swego »Traité de l'auscultation médicale« (Paryż, 1826), które przytacza Muralt, ta sprawa jest niedwuznacznie wyłożona. Saugman przytacza dwu innych starych autorów, którzy o tem zjawisku pisali: Feugera i Buddego. Z nowszych pisarzy wspominają o tym objawie: Turban, Eichhorst, Sahli.

Pomijając teoretyczną wartość tego spostrzeżenia, powiem tylko, że, według Muralta, przewodnictwo po przez kościec (a nie przez tkankę płucną) jest przyczyną przeniesienia symetrycznego rzężeń i charakteru oddechowego z okolicy sprawą chorobową zajętej na przeciwległą okolicę zdrową.

Rozpoznanie, czy objaw przysłuchowy, stwierdzony w danem miejscu, jest autochtonicznym, czy też przeniesionym, jest, zdaniem Saugmana, rzeczą niezmiernie trudną. Muralt podaje w tym celu szereg prób rozpoznawczych, wymagających wielkiej wprawy i czasu, głównie osłuchiwanie jednoczesne przez dwu badających, obu okolic płuc, przy pomocy dwu fonendoskopów. Najpewniejszem jest jednak badanie radiologiczne, które w tych właśnie przypadkach oddaje usługi najlepsze, o czem sam miałem sposobność się przekonać. Tu badanie promieniami Röntgena, wykazując jednostronne zajęcie płuca u chorego, u którego badanie kliniczne stwierdziło cierpienie obustronne, rozszerza zakres stosowania odmy leczniczej.

Jak już o tem wielokrotnie mówiłem, w pewnej tylko części przypadków, kwalifikujących się do odmy, udaje się ją wytworzyć, ponieważ zrosty temu przeszkadzają.

O możliwości wytworzenia odmy często nic z góry powiedzieć nie można; niejakie pojęcie o tem, czy istnieją zrosty, daje badanie ruchomości brzegów płucnych.

Zdaniem Forlaniniego, (który przy opukiwaniu granic płuc posługuje się specyalnym plesymetrem), prawidłowa ruchomość dolnych brzegów płuc przy kolejno wykonywanych: głębokim wdechu i wydechu wynosi: w linii pachowej środkowej 10, w linii sutkowej 8, w przymostkowej 4 cm. Zmniejszenie się wyraźne tej ruchomości przemawia za istnieniem zrostów opłucnych, ograniczających ruchy płuca, co świadczyć ma o trudności (wzgl. niemożliwości) wytworzenia odmy doskonałej. Niezawsze jednak tak się dzieje, albowiem nieraz zrost niewielki, ale nieustępliwy, większą stanowić może przeszkodę techniczną, aniżeli miękkie zrosty na dużej przestrzeni. Zdarza się jednak i tak, że zrosty pasemkowe mało co ograniczają ruchy płuca, stanowią zaś nieprzepartą przeszkodę przy wytwarzaniu odmy

Radioskopia w sposób łatwy poucza o ruchomości brzegów płuc; ale i tą drogą uzyskane podstawy co do rokowania są zawodne, dają bardzo zmienne oparcie do wniosków o możności wytworzenia odmy.

Jedynie przypadki wyraźnego zapadnięcia się jednej połowy klatki piersiowej świadczą niedwuznacznie przez spostrzegany wtedy objaw wciągania jej oddechowego o silnym zroście, zlaniu się obu opłucnych.

We wszystkich innych przypadkach obecność wskazań klinicznych do leczenia odmą wystarczyć powinna do próby jej wytworzenia. Jeśli przy ponawianych próbach nie znajdziemy wcale jamy opłucnej, albo jeśli utworzymy jedynie niewielką odmę komorową, której ścian nie uda się przez reinsuflacye rozerwać, to dalszego leczenia zaniechać musimy.

Kiedy metodą nakłucia nie udaje się znaleźć wolnej jamy, a ruchomość płuc na jej istnienie wskazuje, należy próbować znaleźć tę jamę przez cięcie, metodą Brauera.

Prócz wyliczonych, jedną jeszcze sprawę z dziedziny osłuchiwania i opukiwania wysunęła metoda leczenia odmą sztuczną; mówię o objawach osłuchowych i opukowych, jakie powstają z chwilą, kiedy po domniemalnem osiągnięciu wyleczenia zaprzestajemy reinsuflacyi i płuco się rozszerza.

Jak już wspomniałem, Forlanini (jak i Saugman) przekonali się, że zdrowa tkanka płucna, niezajęta przez sprawę gruźliczą, powraca po najdłuższym nawet ucisku do swych czynności oddechowych i że nie jest ona bardzo w swej budowie anatomicznej zmieniona. Badanie anatomiczne we wspomnianym już wyżej przypadku śmierci (z powodu zapalenia płuc strony »zdrowej«) po pięcioletnim ucisku przez odmę sztuczną płuca gruźliczego, wykazało, że wraz z wessaniem się gazu zdrowe części płuca rozszerzyły się. Te odcinki płuca zdrowego są rozrzucone wśród ognisk bliznowato przeobrażonych lub niedodmowych; współcześnie mikroskop wykrywa zgrubienie ścian naczyń i oskrzeli.

Jeśli dodamy załamanie się w przebiegu oskrzeli i oskrzelików, łatwo pojmiemy, jak nieprzewidzianie ró-

żnorodne będą objawy opukowe i osłuchowe, przy badaniu takiego płuca znajdowane.

Rzężenia, słyszalne w takiem płucu, rozszerzającem się nanowo i już rozszerzonem, uważa Forlanini za zupełnie swoiste, niczem nie przypominające znanych rodzajów rzężeń; Saugman temu przeczy, mówiąc, że wszystkie te objawy osłuchowe nic charakterystycznie osobliwego w sobie nie mają.

Odmę płucną w celach leczniczych wytworzyłem do dnia 31. XII. 1911 (historye chorób są doprowadzone w przypadkach dalej podanych do dnia 31. I. 1912) trzynastu chorym szpitalnym (zawsze przy łaskawej asystencyi kol. Maryi Szapiro, której za pomoc na tem miejscu dziękuję); przypadek czternasty tyczy chorego, którego reinsufluję.

We wszystkich 14 przypadkach była gruźlica płuc.

Z tych 14 przypadków w pięciu leczenie musiało być przerwane; w dwu z powodu niemożności wytworzenia odmy dostatecznej; w dwu z powodu wyjścia chorych ze szpitala, którym to leczenie wydawało się zbyt uciążliwem; w jednym z powodu omyłki technicznej, błahej, ale zniechęcającej chorego.

W żadnym z tych przypadków, w których leczenie przerwano, nie spostrzegałem objawów pogorszenia.

Osiem przypadków mam obecnie w leczeniu; jeden chory zmarł z powodu róży.

Jeżeli już teraz mówię o moim niewielkim materyale klinicznym, to czynię to wyłącznie dlatego, że metoda Forlaniniego dała mi dodatnie wyniki i radbym, by w naszych sanatoryach i szpitalach zaczęto jej częściej próbować.

Oto w streszczeniu historye chorób spostrzeganych przypadków [1]).

W pięciu następujących przypadkach odmy dostatecznej nie wytworzono.

I. Tuberculosis pulmonis sinistri subacuta (Roentgen [2]): Infiltratio totius pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis, insufficiens. (Insuflatio 28. VIII. 1911. Octo reinsuflationes usque ad 29. X. 1911). Amelioratio.

B. S., lat 27, krawcowa, panna. Chora od pięciu miesięcy; kaszel z obfitą plwociną, częste krwioplucie, gorączka; bardzo silne wychudnięcie i osłabienie, niezdolność do pracy. Przed dwoma laty przebyła zapalenie płuc. Brat zmarł z powodu gruźlicy. Do szpitala przybyła 27. VIII 1911. Uderza sinawa bladość powłok i błon śluzowych. Tętno drobne, 124; oddechów 40 na minutę, stan podgorączkowy. Gruczoły podszczękowe powiększone. Sieć żylna na klatce piersiowej. W płucach: stłumienie odgłosu opukowego z przodu aż do granicy serca, z tyłu aż do kąta łopatki lewej; na tym obszarze oddech oskrzelowy i liczne rzężenia wilgotne, drobne; po stronie prawej pod i nad obojczykiem wydech wydłużony.

Odmę wytworzono 28. VIII 1911, uzyskując po ośmiu reinsuflacyach ucisk jedynie płatu dolnego. Od 8. X. gorączka spadła. Tętno po tym czasie 88—92, oddech 28—32. Stan ogólny lepszy, na wadze przybyło 1 kilogr. Po każdej reinsuflacyi duszność, która trwa po 24 godzin.

Pomimo wyraźnej poprawy chora opuściła szpital 29. IX., pod wpływem chwilowego niezadowolenia z rygoru szpitalnego. Widuję chorą (u siebie w domu) co parę tygodni; stan jej w końcu grudnia o wiele lepszy, niż w chwili przybycia do szpitala; odma sztuczna wessana bez śladu.

W tym przypadku niewielka uzyskana poprawa pozwalała dobrze rokować o powodzeniu leczenia, jakkolwiek istniejące zrosty bardzo je utrudniały.

II. Tuberculosis totius pulmonis dextri subchronica (Röntgen: Infiltratio pulmonis dextri; infiltratio glandularum et peribronchitis lobi superioris pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis insufficiens. (Insuflatio 28. VIII. 1911; decem reinsuflationes usque ad 8. X. 1911). Status quo ante.

A. H. lat 32, kupiec. Chory od trzech lat; kaszel, krwioplucie, nieco schudł; od roku nie pracuje. Jedno (z trojga) dzieci zmarło na gruźlicę płuc. Do szpitala przybył 27. VIII. 1911. Stan odżywienia mierny. Tętno miarowe, nieduże 100; oddech 28; stan podgorączkowy. W płucach: stłumienie nad całem płucem prawem, oddech szorstki, tu i ówdzie rzężenia wilgotne; po stronie lewej: nad grzebieniem łopatki oddech wydłużony, nad i pod obojczykiem drobne rzężenia wilgotne. Ruchomość granic płucnych bardzo ograniczona.

Odmę wytworzono 28. IX. 1911; powikłanie odmą podskórną minęło po 3 dobach. Po kilku reinsuflacyach ciśnienie wewnątrzopłucne doszło do $+20$ wody; reinsuflować trzeba było pod coraz mocniejszem ciśnieniem (do 6 Hg.). Choremu na wadze przybyło 3 kilogr. 9. XI. 1911 opuścił szpital z poprawą. Po 3 tygodniach (dwukrotnie go przez ten czas reinsuflowałem) powrócił do szpitala; stracił $1^1/_2$ kilogr., znów ma się gorzej. Radioskopia wykazuje nieznaczny ucisk płuca dolnego. Nie widząc możności rozszerzenia założonej przez nakłucie w 8. międzyżebrzu odmy, próbowałem znaleść wolną jamę wyżej, by założyć drugą odmę komorową. Trzykrotnie ponawiane próby nie dały mi wyniku. Pobyt dalszy chorego i leczenie dyetetyczno-higieniczne w ciągu sześciu tygodni żadnej poprawy nie przyniosło.

W tym przypadku rozlane i silne zrosty opłucne nie pozwoliły na założenie odmy dostatecznej.

III. Tuberculosis totius pulmonis sinistri subchronica. Enteritis chronica. (Roentgen: Infiltratio totius pulmonis sinistri). Pneumothorax artificialis cellularis insufficiens. (Insuflatio 8. X. 1911, quinque reinsuflationes usque ad 22. X. 1911). Status quo ante.

R. K., lat 22, panna, przy rodzinie. Chora od lat trzech: kaszel, obfita plwocina, stałe osłabienie. W początku roku 1911 pobyt pięciomiesięczny w sanatoryum w Rudce, skąd wyszła ze znakomitą poprawą. Od lipca znów pogorszenie stanu ogólnego i miejscowego. Matka zmarła na suchoty płucne. Do szpitala chora przybyła 15. IX. 1911. Stan odżywienia mierny. Tętno 100, oddech 28—32, stan podgorączkowy. Główna skarga: rozwolnienie, które nie ustępuje żadnym zabiegom. W płucach: nacieczenie całego płuca lewego; u dołu niewielki wysięk opłucny. Po trzech tygodniach, kiedy objawy jelitowe nieco złagodniały, wytworzono odmę; po trzeciej reinsuflacyi powracają objawy jelitowe, które trwały przez 5—6 tygodni. Przy piątej reinsuflacyi ciśnienie wewnątrz opłucnej $+21$; radioskopia wykazuje niewielki pęcherz gazu i uciśnięcie zaledwie połowy płatu dolnego. Ponieważ ostatnie reinsuflacye, dokonane pod wysokiem ciśnieniem, sprawiały u chorej wielką duszność, a tętno po nich dochodziło do 120 i 140 uderzeń, dalszego leczenia zaniechano.

Chora opuściła szpital 14. I. 1912. Na wadze straciła 1 kilogr.

W tym przypadku odmy dostatecznej nie udało się wytworzyć z powodu silnych zrostów. Utrata wagi była skutkiem zaburzeń jelitowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

---

[1]) Przypadki: VIII, IX, X i XIV i odpowiednie rentgenogramy były przedstawione na posiedzeniu Tow. lekarskiego.

[2]) W tym i wszystkich następnych przypadkach zdjęć dokonywał kol. Bolesław Kohn, któremu za pomoc na tem miejscu dziękuję.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Boas. **Dyagnostyka i terapia chorób żołądka.** Wyd. VI. G. Thieme, Lipsk.

Znany podręcznik Boasa wyszedł w VI. wydaniu. Wydanie to przewyższa poprzednie zarówno pod względem treści, jak i formy. Dwa tomy zostały złączone w tom jeden, przez co niema powtarzań, a całość zyskała na ciągłości. Anatomię i fizyologię pominięto zupełnie; jest to słuszne, gdyż działy te wymagają studyów specyalnych i w skróceniu nie dają należytego pojęcia o przedmiocie. Nowo opracowane są gastroskopia i rentgenologia, pozostałe działy znacznie uzupełnione. Szczególnie starannie są omówione dyetetyka i leczenie fizyczne.

Dzieło Boasa jest pisane na wskróś indywidualnie i cecha ta, przy innych zaletach, daje mu przewagę nad resztą podręczników.

Poprzednie wydania znalazły tłomaczów na większość języków europejskich i wydanie VI. zasługiwałoby na przekład polski. Maybaum.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Dungern. **O serodyagnostyce nowotworów zapomocą odczynu wiązania dopełniacza.** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1912). Odczyn ten wypada podług badań autora u chorych na nowotwory zawsze dodatnio. Wyciągi uzyskuje autor przez wyciąganie nowotworów 98% alkoholem etylowym. Przytem zrobił autor kilka ciekawych spostrzeżeń. I tak jednakowo oddziałują różne nieraz nowotwory, coby dowodziło, że domniemany zarazek, wywołujący je, jest jednaki. Natomiast zupełnie odmiennie zachowują się raki i mięsaki u myszy, co dowodzi innego ich pochodzenia. Wiele analogii zachodzi pomiędzy nowotworami a kiłą, tak że nawet nie można stosować tego odczynu u kiłowych, bo i w kile wypada on dodatnio. W ciąży odczyn bywa ujemny. A.

Kuttner i Laqueur. **O leczeniu wysięków opłucnych światłem czerwonem.** (Therap. Monatshefte Nr 1, 1912). W lecznictwie znajdują zastosowanie albo promienie fiołkowe i pozafiołkowe chemiczne o krótkiej fali (Finsen), lub też promienie przeważnie cieplne, np. pochodzące z lamp żarowych. Zwłaszcza znalazło szersze zastosowanie bogate w promienie o długiej fali światło czerwone. Jezierski przypisuje mu nawet działanie wprost swoiste co do pobudzania wzrostu nabłonka i czynności ciałek białych. Światło czerwone wywołuje silne miejscowe przekrwienie i to skłoniło autorów do leczenia uporczywych wysięków opłucnych światłem czerwonem. Wynik prób był bardzo dobry, nawet tam, gdzie inne sposoby nie pomagały. Również i doświadczenia na królikach (wstrzykiwania do jamy opłucnej 20% cukru mlecznego) wypadły na korzyść leczenia światłem. U ludzi stosuje się codzień naświetlanie 20—30 minut klatki piersiowej lampą Minina. K.

Kreuzfuchs. **Radiologiczne badanie szczytów płuc. Objaw kaszlowy.** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1912). Jeżeli wskutek spraw chorobowych szczyty płuc są zmienione, to brakuje wtedy objawu, na który autor zwraca właśnie uwagę. Zwykle przy badaniu rentgenologicznem szczyty nie są widoczne, bo zakrywa je obojczyk i pierwsze dwa żebra. Jeżeli polecimy zakaszleć, wtedy szczyty zdrowe stają się zaraz widoczne. Inaczej, gdy szczyty są schorzałe; wtedy obraz się nie zmienia. Badać należy lampami miękkiemi, przy słabem świetle, a wtedy spostrzegać można wybitnie wspomniany objaw. K.

Aldor. **Technika i wskazania rekto- i romanoskopii i leczenia przy pomocy endoskopu.** (Mediz. Klinik Nr 3, 1912). Rekto-romanoskopia stała się obecnie już nieodzowną, zwłaszcza tam, gdzie są ciągłe krwotoki lub zaparcie stolca. Chory do badania nie potrzebuje przygotowania, ani znieczulenia. Do badania poleca A. swój przyrząd, dający się dowolnie przedłużać aż do 35 cm, składający się z 3 tubusów. Tubus z obturatorem wprowadza się na 3 cm, potem wyciąga się obturator, dalej wprowadza się tubus pod kontrolą oka, wolno i bez nacisku. Prócz wartości rozpoznawczej, romanoskop nadaje się też do zabiegów operacyjnych i leczniczych, np. lapisowania kiszek, zasypywania proszków, pędzlowań itp. Przeciwwskazaniami do rektoromanoskopii są: ostre sprawy zapalne i ropne kiszek lub okolicznej otrzewnej i tkanek, silne krwotoki, a wreszcie przeszkody i zwężenia natury organicznej. K.

Arnsperger. **Trwałe wyniki i nawroty po operacyach kamicy żółciowej.** (Münch. med. Woch. Nr 1, 1912). Z badania materyału kliniki chirurgicznej w Heidelbergu dochodzi autor do przekonania, że przy kamicy jedynie wycięcie woreczka chroni od następowych przypadłości, jakoteż daje rękojmię (o ile kamyków nie ma w wątrobie), że złogów się przy operacyi nie zostawi. Przy operacyach kamieni uzyskuje się wogóle 60—80% wyleczeń. O ile kamieni się nie zostawi, nawroty nie wydarzają się prawie nigdy. Wycięcie woreczka nie wywołuje żadnych widocznych następstw. K.

Prof. Riedel. **Kamień żółciowy w jałowym woreczku.** (Münch. med. Woch. Nr 1, 1912). Riedel dowodzi w swej pracy na podstawie swego bogatego doświadczenia, że kamień wytworzyć się może także w zupełnie jałowej żółci w woreczku, bez jakiegokolwiek zakażenia. Są to zwykle zawsze początki choroby, a zakażenie nieraz dopiero się potem dołącza. Jeżeli uda się wtedy dobrze rozpoznać i operować, to wyniki są świetne. Spotykamy wtedy zwykle nieznaczne bole, a prawie nigdy niema żółtaczki. K.

Baisch. **Leczenie gruźlicy chirurgicznej, zwłaszcza gruźlicy gruczołów promieniami Röntgena.** (Berl. klin. Woch. Nr 49, 1911). Leczenie promieniami R. gruźlicy gruczołów szyjnych jest wprawdzie żmudne, ale oddaje cenne usługi, zwłaszcza tam, gdzie jest dużo rozrzuconych małych gruczołków. Również nadaje się leczenie jako uzupełnienie operacyi, przy której łatwo przeoczyć można wiele małych gruczołków, oraz w razie ciągłych nawrotów, by uniknąć dalszych blizn. Bardzo cenne usługi oddaje naświetlanie wspólnie z małymi zabiegami chirurgicznymi przy przetokach, ropniach itp., a wynik kosmetyczny zwykle wtedy jest korzystny. Naświetlanie nadaje się też do leczenia spraw gruźliczych w małych stawach, ew. wspólnie z leczeniem chirurgicznem do leczenia zmian w stawach większych. Nieraz udaje się w ten sposób wyleczyć uporczywe przetoki części miękkich. Niejednokrotnie także oddało naświetlanie cenne usługi przy leczeniu gruźliczych zmian otrzewnej. K.

Prof. de Quervain. **O istocie i leczeniu zwężającego zapalenia pochewki ścięgnistej przy wyrostku rylcowym kości promieniowej** (Tendovaginitis proc. styloid. radii). (Münch. med. Woch. Nr 1, 1912). Cierpienie to opisał Q. jeszcze w r. 1895. Występuje ono u kobiet po forsownej pracy (pranie, gra na fortepianie), a cechują je bole, zjawiające się przy ruchach palucha. Bole nieraz są tak gwałtowne, że chore upuszczają przedmiot trzymany w palcach. Bole rozpromieniają się w przedramię. Leczenie w początkach może być zachowawcze (jod, gorące powietrze), zresztą zaś operacya niewielka, bo polegająca na rozcięciu podłużnem pochewki ścięgna, co wykonać można w znieczuleniu miejscowem, a nawet podskórnie tenotomem. Q. operował 8 przypadków, zawsze ze skutkiem znakomitym i natychmiastowym. K.

Thilo. **Stopa płaska i szpotawa.** (Münch. med. W. Nr 1, 1912). T. podaje sposoby łatwego leczenia stopy płaskiej i szpotawej przez lekarza praktycznego. Przedewszystkiem należy choremu polecić o ile możności kilka tygodni leżeć w łóżku, trzymając stopę wysoko. Skierowanie stopy płaskiej na wewnątrz uzyskuje Th. zapomocą szyny swego pomysłu, bardzo prostej i taniej. W szynie tej chory potem chodzi, następnie otrzymuje odpowiednie obuwie, które sporządza sobie Thilo ze zwykłych szerokich trzewików amerykańskich, polecając szewcowi zrobić podeszwę, wystającą na wewnątrz na 1·5 cm i podpierając ją kawałkiem pręta żelaznego. Prócz tego nogę ćwiczy się i masuje. Sposób ten jest znacznie lepszy od prostowań gwałtownych i wkładek, których Th. już zupełnie nie używa. Podobnie leczy Th. stopę szpotawą, stosując wspomniane procedury po stronie zewnętrznej stopy, ewent. przedtem wykonując w przypadkach cięższych operacyę kości lub ścięgien. K.

Położnictwo i ginekologia.

Doc. Lichtenstein. **Klinika, leczenie i przyczyna rzucawki (eclampsia) według nowej statystyki, opracowanej na podstawie 400 przypadków.** (Arch. f. Gyn. t. 95, zesz. I). Częstość drgawek porodowych wynosiła 2·68%; występowały one przeważnie u pierwiastek 78·25%, a często w ciąży bliźniaczej 7%. Drgawki wystąpiły 84 razy = 21% w przebiegu ciąży, 246 razy = 61·5% w czasie porodu i 70 razy = 17·5% w połogu. 4 kobiety umarły nierozwiązane, 87 urodziły same = 21·9%, a 309 = 78% rozwiązano operacyjnie. Smiertelność matek wynosiła 18·5%, płodów 36%. W pracy swej stara się autor udowodnić, że głównym czynnikiem leczniczym rzucawki jest nie tyle opróżnienie macicy, ale raczej połączona z niem utrata krwi, i dlatego obliczenia tej utraty przy każdym porodzie w przebiegu rzucawki wydają mu się bardzo ważne. Prawidłowo traci rodząca przy porodzie 350—400 cm³ krwi, przy rzucawce około 500 cm³. Autor wykazał, że u 40% chorych na rzucawkę, które rozwiązano operacyjnie, utrata krwi znacznie przewyższyła 500 cm³, a u 52% ilość prawidłową 350—400 cm³; z tych zaś, które urodziły samorodnie, utrata krwi tylko u 4% przewyższyła ilość prawidłową, a u żadnej ilości 500 cm³. Ten fakt, zupełnie zresztą jasny, znacznie większej utraty krwi przy porodach operacyjnych aniżeli samorodnych, tłómaczy, zdaniem autora, korzystne wyniki, jakie otrzymano przy leczeniu rzucawki wczesnem rozwiązaniem i rzuca jasne światło na pytanie, dlaczego rzucawka połogowa należy do najcięższych postaci tej choroby.

I tak wykazano, że prawie w 90% poprzedzał rzucawkę połogową poród samorodny, przy którym więc utrata krwi jest najmniejsza. Nadto wykazano, że kobiety, u których drgawki ustały po porodzie, straciły prawie w połowie przypadków o wiele więcej krwi, aniżeli te, u których one nie ustały, a prawie cztery razy tyle, niż te, u których drgawki wystąpiły dopiero w połogu. Wnioski wyciągane z dotychczasowych statystyk nie są odpowiednie, ponieważ w nich nie uwzględniano zupełnie lub fałszywie tłomaczono rzucawkę połogową. Zdaniem autora, rzucawkę w połogu należy zaliczyć do przypadków rzucawki jak najwcześniej rozwiązanych, bo jeszcze przed wystąpieniem pierwszego napadu; nie o to przecież idzie, aby przy leczeniu rzucawki koniecznie położnik miał opróżnić macicę, lecz o sam fakt; skoro więc, według dotychczasowych pojęć, wczesne rozwiązanie ma wprost leczyć rzucawkę, zastanowić musi występowanie jej dopiero w połogu, a w każdym razie należałoby sądzić, że przebieg drgawek w połogu powinien być łagodny i rokowanie dobre, jak to istotnie dotychczas przyjmowano. W rzeczywistości jednak śmiertelność z rzucawki połogowej jest bardzo wielka (na 70 zmarło 19 = 27%), i to właśnie dlatego, że w 90% poprzedza ją poród samorodny.

Spostrzeżenia powyższe wykazują dostatecznie, że dobre wyniki lecznicze w przypadkach rzucawki, bardzo wcześnie i szybko operacyjnie rozwiązanych, nie zależą od opróżnienia macicy, lecz od utraty krwi, które im zawsze towarzyszy. Wliczywszy rzucawkę połogową do przypadków jak najwcześniej rozwiązanych, stwierdzamy, że drgawki ustają po wczesnym porodzie (przed 1. aż po 2. napadzie) tylko w 1/4 przypadków, a obliczywszy na wszystkie przypadki rzucawki, stwierdzamy, że drgawki ustają tylko w 1/3 zaraz po porodzie, a nie, jak wynikało z dotychczasowych statystyk, w 50—90%. Śmiertelność chorych na rzucawkę wcześnie rozwiązanych nie jest znacznie lepszą od tych, które rozwiązano dopiero w 3. napadzie drgawek, a śmiertelność obu niewiele tylko się różni od ogólnej śmiertelności w rzucawce. Zachowanie się napadów po porodzie i śmiertelność nie przemawiają więc bardzo za koniecznością wczesnego i szybkiego opróżnienia macicy. Miarodajna jest tu tylko utrata krwi, za czem przemawiają w końcu i te przypadki, gdzie drgawki, występujące dopiero po porodzie, ustały po dostatecznym upuście krwi (venaesectio). Spostrzeżenia te wskazują bezsprzecznie, że rzucawka jest następstwem zatrucia ustroju matki, że jednak źródło zatrucia nie zdaje się leżeć w płodzie, a najmniej w łożysku. Za tem przemawiają nietylko znane przypadki rzucawki przy ciąży zaśniadowej, lecz także dość liczne przypadki drgawek w przebiegu ciąży, które mimo dalszego życia płodu i prawidłowej czynności łożyska, same ustały i ani przed, ani po porodzie więcej nie wróciły. Nie znając na razie źródła zatrucia, możemy się tylko starać zmniejszyć o ile możności ilość trucizny, a to osiągamy najlepiej przy każdej utracie krwi.

Zwolennicy teoryi o łożyskowem pochodzeniu rzucawki polecają w przypadkach drgawek połogowych wyskrobanie macicy celem usunięcia resztek błon i łożyska i są z wyników zadowoleni. I tu, zdaniem autora, należy te dobre wyniki odnieść tylko do utraty krwi, która szczególnie przy skrobaniu macicy połogowej jest nawet bardzo znaczna.

Leczenie drgawek porodowych powinno się zawsze rozpocząć od bardzo wydatnego upustu krwi jeszcze przed porodem przy równoczesnem wlewaniu soli kuchennej. O ile rzucawka ciążowa po tem leczeniu ustanie, należy się dalej zachować wyczekująco; do przerwania ciąży nie ma wówczas żadnego wskazania. Przy rzucawce porodowej pozostawia się w przypadkach lekkich otwarcie macicy siłom natury i albo wyczekuje się na poród samorodny, albo, zależnie od okoliczności, wykonuje się lekki zabieg rozwiązujący. W ciężkich przypadkach, gdzie więc pierwotny upust krwi nie wywołał zamierzonego skutku, należy jak dotychczas zastosować leczenie czynne. Ilość upuszczonej krwi nie powinna być za mała; w przebiegu ciąży należy naturalnie upuszczać większe ilości (500—600 cm), aniżeli przy porodzie, ponieważ przy nim i tak przychodzi do pewnych ubytków krwi; przy rzucawce połogowej ilość upuszczonej krwi zależeć powinna od ilości dotychczas straconej krwi. Zasadniczo jednak należy przy drgawkach, które dopiero w połogu wystąpiły, upuszczać większe ilości, szczególnie jeżeli poprzedzał poród samorodny. Połączenie upustów krwi z zastosowaniem środków nasennych, według wskazówek Stroganoffa (wodnik chloralu i morfina w pewnych stałych odstępach czasu), zdaje się, przynajmniej na podstawie kilku dotychczasowych przypadków, być uzasadnione, szczególnie w przypadkach ciężkich.

E. Ehrenpreis.

Herff i Hell. **Sekakornina czy pituitryna przy porodzie.** (Münch. med. Woch. Nr 3, 1912). Autorowie stosowali pituitrynę głównie przy poronieniach i przekonali się, że działa ona tu równie mało, jak i sekakornina. Natomiast przy porodach stawiają autorowie wyżej działanie sekakorniny. Oba środki jednakowo wprawdzie wzmacniają bole; sekakornina jest jednak tania, nie wywiera żadnego ujemnego wpływu (Herff i Hell przeczą nawet, by mógł

powstać skurcz tężcowy przy dobrym przetworze i umiejętnem dawkowaniu) i, co najważniejsza, działanie jej wzrasta powoli, dosięga szczytu $1^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu i dlatego może skutecznie przeciwdziałać poporodowym krwotokom atonicznym. Natomiast pituitryna działa szybko, wzmocnienie bolów nie rozciąga się na długo, stąd dość częste późniejsze niedowłady mięśnia macicznego. Na częstość kleszczy oba te środki w szpitalu w Bazylei nie wpłynęły.
A. Markowa.

Hamm. **Wyciąg z przysadki przy porodach na czasie i przedwczesnych.** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1912). Przy porodach na czasie podaje autor pituitrynę ze względu na bole porodowe wszędzie tam, gdzie można przewidywać, iż poród odbędzie się siłami natury. Gdzie przewiduje zabieg operacyjny, podaje autor pituitrynę, aby go bądź uniknąć, bądź stworzyć dla niego lepsze warunki, ponieważ pituitryna, wzmacniając bole porodowe, przygotowuje odpowiednio części miękkie matki i stwarza korzystniejsze położenie płodu. Najwydatniejszem jest jej działanie w okresie II., są jednak przypadki, w których zawodzi. Stale zawodzi pituitryna przy porodach przedwczesnych i poronieniach. Przy poronieniach sztucznych, wywołanych z pomocą blaszecznicy, lepiej więc stosować pituitrynę ze względu na skurcz ujścia wewnętrznego (strictura), jaki kilkakrotnie wywołała. Ze względu na niebezpieczeństwo tego skurczowego zwężenia nie należy zupełnie stosować pituitryny przy poronieniach septycznych, gdzie taki skurcz ujścia wewnętrznego ma tem groźniejsze skutki.
A. Markowa.

Esch. **Czy można uważać poród za objaw nadwrażliwości (anafilaksyi)?** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1912). Niektórzy autorowie, jak Sauerbruch i v. d. Heide uważają poród za objaw anafilaksyi ze strony matki, przyczem rolę obcego białka gra tu surowica płodu. Rozbiór ich doświadczeń, jak i eksperymenty własne pouczyły autora, że zdanie to podtrzymać się nie da.

Na zasadzie zjawisk występujących po wprowadzeniu pod skórę surowicy końskiej u ludzi, którym ją już raz poprzednio wprowadzono, autor twierdzi, że nadwrażliwość jest zjawiskiem biologicznem, dającem się stwierdzić zapomocą odczynu skórnego. Gdy zaś stosował tę samą metodę przy wprowadzaniu surowicy płodu pod skórę bądź kobietom ciężarnym, bądź nieciężarnym, bądź mężczyznom, nie otrzymał żadnego charakterystycznego odczynu na skórze, któryby mógł uważać za objaw nadwrażliwości i któryby dał się ewentualnie wyzyskać bodaj dla celów rozpoznawczych. Przeciw pojmowaniu porodu jako zjawiska anafilaktycznego przemawia wreszcie i mały stopień toksyczności moczu rodzących, stwierdzony przez autora.
A. Markowa.

Davidson. **Jednoczesna ciąża w obu jajowodach.** (Münch. med. Woch. Nr 3, 1912). Autor opisuje rzadki przypadek jednoczesnej ciąży w obu jajowodach. Przy operacyi znalazł w jednym pęknięcie, w drugim poronienie. Kosmki w jajowodzie pękniętym odpowiadały pod względem histologicznym zaśniadowi, jaki powstał w jajowodzie, gdzie miało miejsce poronienie, z czego wynika, że obie ciąże trwały równie długo. Przypadek ten potwierdza spostrzegany, acz dotąd niewytłomaczony fakt, że ciąża w obu jajowodach ulega przerwaniu we wczesnym okresie w jednym i tym samym czasie i poucza, że przy operacyi należy zawsze skontrolować stan przydatków po stronie drugiej. Autor jest przeciwnikiem zapobiegawczego usuwania przydatków po stronie zdrowej. A. Markowa.

Neu i Wolff. **Badania doświadczalne i anatomiczne w sprawie t. zw. serca „włókniakowego".** (Münch. med. Woch. Nr 2, 1911). Już na zasadzie poprzednich badań stwierdził Neu, że nie można mówić o istnieniu swoistej zmiany chorobowej mięśnia sercowego przy włókniakach macicy. Wyłącza on z tego twierdzenia tylko te przypadki, gdzie włókniaki macicy wikłały się z objawami ze strony gruczołu tarczowego. Badania chemiczne wykazały wprawdzie we włókniakach obecność 2 ciał białkowych, nie wykazały jednak swoistego dla nich toksycznego działania. Neu badał przemianę jodu u chorych z włókniakami. W jajnikach ich znajdował te same przeciętnie ilości J, co i u zdrowych, nie znajdował go ani we włókniakach, ani w macicy. Przy podawaniu jednak jodu zzewnątrz, zarówno jajniki chorych, jak i tkanka włókniaków, przyswajały go w znacznej ilości. Prawdopodobnie tkanka włókniaków w analogiczny sposób przyswaja grupy ciał odżywczych, przeznaczonych dla ustroju i upośledzając jego odżywienie, wywołuje zanik brunatny mięśnia sercowego.

Badania drobnowidowe N. i W. nie wykazały nic innego prócz owego zaniku, zwyrodnienia tłuszczowego i fragmentacyi mięśnia sercowego. Dlatego więc obaj autorowie objawy sercowe, powstające przy włókniakach, uważają tylko za wyraz »konsumpcyi« mięśnia sercowego przez wpływ guza włókniakowego, nie zaś za zmiany swoiste, któreby pozwalały na ustalenie jakiegoś odrębnego pojęcia anatomicznego: serce »włókniakowe«. A. Markowa.

Pedyatrya.

Hoffendahl. **Choroby przy ząbkowaniu.** (Mediz. Klinik Nr 2, 1912). Autor udowadnia w swej pracy, że wiele t. zw. chorób przy ząbkowaniu nie ma nic z ząbkowaniem wspólnego wbrew panującemu przekonaniu, że w okresie ząbkowania wszelkie choroby do niego odnieść należy. Tak np. kaszel »ząbkowy« wcale takim nie jest, ale najczęściej jest skutkiem nieżytu. Zupełnie jest też niepotrzebne podawanie wszelkich korzeni fiołkowych, pierścieni itp. celem przyspieszenia ząbkowania, a zgoła niewłaściwą jest pomoc operacyjna. Natomiast ząbkowanie wpływać może ujemnie na istniejące już cierpienia, jak pląsawicę, padaczkę itp. Zawczesny rozwój zębów (np. urodzenie się z zębami) występuje zwykle u dzieci słabo rozwiniętych, co również stoi w sprzeczności z przyjętemi zapatrywaniami. Przyczyną spóźnionego ząbkowania jest najczęściej krzywica i ją też leczyć należy przedewszystkiem.

Zatrzymanie zęba może wywoływać poważne zaburzenia i wtedy operacya (wyjęcie lub podsunięcie) jest konieczna. Celem ułatwienia zmiany zębów radzą niektórzy wyciągać zęby mleczne, co jest bardzo nieodpowiednie. Ząb mleczny toruje drogę stałemu, zapobiega złemu wzrostowi zębów, a usunięcie zbyt wczesne może działać wstrzymująco na wzrost szczęki. Nie należy też dzieciom psujących się zębów wyrywać, lecz je pielęgnować i plombować. Bardzo poważne przypadłości występują nieraz przy przerzynaniu się zęba mądrości. Utrudniają ząbkowanie wrodzona kiła, gruźlica i wpływy mechaniczne. K.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Nowe środki. 1) Anogon, przetwór rtęci i jodu, stosowany do leczenia kiły. 2) Atophan, przeciwko dnie (fenylchinolina i kwas karbon). 3) Aponal, środek nasenny, pochodny od mocznika. 4) Cusylol, środek odkażający; podwójna sól boro-cytrynianu sodowego i miedzi. 5) Eusapyl, środek odkażający (kresol, rycynian potasowy). 6) Hexamekol, przetwór gwajakolowy. 7) Joha, przetwór salwarsanu z jodypiną. 8) Kalmopyrin, przetwór salicylu. 9) Neutralon, przetwór krzemowo-glinowy, polecany przy nadkwaśności żołądka. 10) Ristin, środek przeciw świerzbowi, alkoholowy rozczyn estru monobenzolowego. A.

Nowości techniczne: 1) Sączki aluminiowe Prof. Heusnera. 2) Rękawiczki gumowe o szorstkiej powierzchni Blumberga. 3) Nożyczki zgłębnikowe Schoemakera. 4) Zaciskadła

jelitowe: Roux, Beyera. 5) Ogrzewacz elektryczny do sterczu. 6) Zgłębniki do wyciągania żylaków Babsocka. 7) Narzędzie do zapuszczania kikuta wyrostka robaczkowego Linnartza. 8) Szyny elastyczne »Serpentin« Heusnera. 9) Automatyczny stały inhalator dla zimnego suchego powietrza podług Hessego. 10) Gastroskop z ruchomą osią Hoffmanna i Köhlera. 11) Rozpylacz do leków Fellera. 12) Cystoskopowy litotryptor Schwenka. 13) Perymetr de Quervaina do mierzenia zakresu ruchów stawów. 14) Odwracacz powiek (firma Windler), dozwalający odwrócić powiekę jedną ręką. A.

Orthonal jest to kombinacya 0·5% kokainy, 0·75% alypiny i 6% rozczynu adrenaliny 1:10.000. Zachwala ją bardzo Moses. (Deutsch. med. Woch. 1911, Nr 46).

Elastyczny przylepiec zaleca Bardach, zwłaszcza przy tamowaniu krwawień, spajaniu brzegów rany ziejącej itp. (Wiener klin. Woch. 1911, Nr 46). K.

Antimeristem, polecony przez Schmidta środek przeciwko rakowi, próbował Nosek u 10 chorych bez skutku; 8 chorych z czasem zmarło wskutek postępu choroby samej. (Wiener klin. Woch. 1911, Nr 49). A.

Rak trzonu macicy występuje podług Theilhabera (Zjazd lek. w Karlsruhe) tem częściej u kobiet, im rzadziej rodziły, w przeciwieństwie do raka szyjki. Rak sutka występuje także głównie u kobiet, które mało lub nie karmiły, podobnie mięśniaki macicy. Lepsze sfery i żydówki zapadają często na raka trzonu macicy, sutka i mięśniaki macicy. Ludzie bogatsi zapadają częściej na raka jelit, a mniej zamożni na raka żołądka. X.

Pyelografia (t. j. napełnienie miedniczki nerkowej 10—40 cm³ 10% kollargolu i następowe zdjęcie rentgenowskie) oddać może przy rozpoznawaniu gruźlicy nerki podług Lichtenberga i Dietlena cenne usługi, wykazując jamy w nerce i rozszerzenia sztywnego moczowodu. (Mit. a. d. Grenzgb. d. Med. u. Chir. 23. XI.). A.

Nowy sposób plastyki przełyku podał Hirsch na posiedzeniu Tow. lekarzy wiedeńskich. Z żołądka bierze się płat, zwrócony podstawą do krzywizny małej i robi się z niego z pomocą szwu rurkę, którą podprowadza się podskórnie na mostku i łączy z kikutem, pozostałym z górnej części przełyku. Gdy rurka jest za krótka, dopomagamy sobie, tworząc połączenie zapomocą rurki, wziętej ze skóry. A.

Przy zranieniach palców u robotników, gdzie chodzi nam o szybkie przywrócenie czynności ręki, musimy podług Bardenheuera postępować nieco odmiennie, niż zwykle, t. j. więcej radykalnie. Palec źle zgojony, np. sztywny lub krzywy, zawadza robotnikowi, po amputacyi zaś palca ręka do pracy rychło się przyzwyczaja, a gojenie trwa bardzo krótko. Blizna po zabiegu powinna leżeć zawsze po stronie grzbietnej palca. Przy paluchu natomiast możemy postępować zachowawczo. Odkażamy brudną rękę po zranieniu kąpielą półgodzinną w mydlinach, lub, gdy chodzi o pośpiech, smarując okolicę rany jodyną lub mastyksem. (Zeitsch. f. ärztl. Fortb. 1911, Nr 16). A.

Tendovaginitis crepitans leczył Oser w 20 przypadkach śródżylnemi wstrzykiwaniami fibrolizyny. Wyleczenie następuje już po kilku dniach. Wstrzykiwania sprawiają jednak ból, przeciągający się do 2 godzin po wstrzyknięciu. (Wiener klin. Woch. 1911, Nr 44). K.

Do spajania operacyjnego kości polecają na podstawie doświadczeń na zwierzętach Rehn i Wakabaiashy róg, co i u ludzi w 9 przypadkach okazało się korzystnem. Sztyfty z rogu są znacznie lepsze od kości słoniowej, dają się znakomicie wyjaławiać, formować i pobudzają do tworzenia się kostniny. (Archiv f. klin. Chir. 96, II). K.

Do leczenia wie*ióra spojówki zaleca Goldzieher stosowanie z odpowiedniego przyrządziku strumienia pary o ciepłocie 45°—60°, odpowiednio do odległości. (Wiener klin. Woch. 1911, Nr 47).

Embarin jest to nowy rozpuszczalny przetwór rtęci, nie trujący, polecony przy kile do wstrzykiwań. Zaleca go Loeb. (Med. Klinik 1911, Nr 48). A.

Soja, roślina strączkowa, nadaje się znakomicie podług le Golfa do odżywiania chorych na cukrzycę. (Gaz. d. hop. 1911, Nr 27). A.

Przy swędzeniu skóry pochodzenia nerkowego zaleca Weill nakłucie lędźwiowe. (Acad. de med. Paris). A.

Uzara jest to korzeń rośliny afrykańskiej, polecany obecnie w wyciągu alkoholowym lub tabletkach celem wstrzymywania biegunek. Środek ten ma tę zaletę, że w przeciwieństwie do makowca nie wywołuje dłuższego zaparcia i nie jest trujący. (Berl. klin. Woch. 1911, Nr 33). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 24. I. 1912.

Przewodniczy kol. Janiszewski. — Obecnych członków 42.

1) Przyjęto na członków Towarzystwa jednomyślnie kolegów: Dra Kazimierza Dadeja, Dra Sikorskiego, Dra Kazimierza Krzysztonia.

2) Kol. Blassberg przedstawia przypadek z rozpoznaniem: **Albuminuria orthostatica**. Chłopiec 10-letni, pochodzący z rodziny nerwowej, przechodził przed 4 laty płonicę, a przed 6 miesiącami ropne zapalenie wyrostka robaczkowego, zakończone operacyą. Mocz, badany wielokrotnie przez innego lekarza, bywał, według tegoż własnej relacyi, wolnym od białka. Tymczasem systematyczna obserwacya 3-tygodniowa wykazała u chorego białkomocz o typie przepuszczającym; białkomoczu nigdy nie można stwierdzić rano, względnie po leżeniu, ślady białkomoczu pojawiają się często w południe, to jest w kilka godzin po opuszczeniu łóżka, a stale bywa białkomocz wieczorem, dochodząc do ilości 0·01%. Stan taki tłómaczą autorowie wrodzoną lub nabytą małą odpornością nabłonków nerkowych i wpływem naczynio-ruchowym, wywołanym przez pionową postawę ciała. Kol. B. podnosi, że niektórzy klinicyści uważają ten stan za przewlekłe zapalenie nerek, o ortostatycznym typie wydzielania białka. W danym przypadku należy mieć na uwadze tę możliwość, ze względu na dwa ciężkie zakażenia, przebyte w przeszłości.

W dyskusyi zwraca uwagę prof. Lewkowicz, że należy się na razie wstrzymać z rozpoznaniem białkomoczu ortotycznego, raz dlatego, że pojawianie się tego białkomoczu w danym przypadku nie jest typowe: białkomocz po wstaniu z łóżka jest słaby, a dopiero wieczorem silniejszy, gdy tymczasem typowy białkomocz ortotyczny jest po wstaniu najsilniejszy, a następnie mimo postawy pionowej słabnie; powtóre dlatego, że poprzedziły choroby zakaźne, które mogły dać powód do rozwoju lekkiego przewlekłego zapalenia nerek, nie rzadko spotykanego u dzieci. Dopiero kilkomiesięczna obserwacya z wielokrotnem badaniem moczu może sprawę rozstrzygnąć.

Dr Stahr donosi o podobnym przypadku z własnej praktyki. Pewnego dnia zgłosił się do mowcy ojciec z kilkunastoletnim synem po radę na mimowolne moczenie nocne. Chłopiec był dotąd zawsze zdrów. Badaniem stwierdzono białkomocz, a późniejsze spostrzeganie dowiodło istnienia okresowego białkomoczu ortotycznego (albuminuria cyclica, orthostatica). Rano nigdy w moczu nie było białka ani śladu, w kilka godzin po wstaniu zjawiało się i trzymało się w coraz większej ilości do wieczora. Kilkutygodniowe leżenie w łóżku i dyeta ściśle mleczna nie pomogły wcale. Jak tylko chłopiec wstał, zjawiło się białko. W osa-,

dzie wałeczków nigdy nie znaleziono, a że mimo kilkoletniego spostrzegania nie wystąpił ani przerost serca, ani tętno nie stało się twardszem, ani nie wystąpiło zaostrzenie drugiego tonu nad tętnicą główną, wyłączano zapalenie nerek. Tego samego zdania były i dwie lekarskie powagi w Wiedniu, a nawet rokowano tam bardzo pomyślnie. Tymczasem pewnego dnia w lecie chłopiec, wchodząc do kąpieli w rzece, padł u brzegu na płytkiem miejscu, gdzie nie mógł utonąć, rażony nagłą śmiercią. Związek między białkomoczem a nagłą śmiercią nie da się na pewno stwierdzić, ale nie da się wyłączyć, a nawet wysuwa się na czoło wszelkich przypuszczeń. Jako przyczynę schorzenia dziecka można jedynie przypuścić kiłę u ojca, przebytą jeszcze przed ślubem.

Kol. Kostrzewski opisuje przypadek białkomoczu ortotycznego.— Kol. Jendl-Sausenhofen wspomina o podobnym przypadku ze swej praktyki.

3) W dyskusyi nad wykładem kol. Eisenberga: **Z biologii bakteryi,** Prof. Bujwid zaznacza, że od dawna znane są mutacye różnych hodowli bakteryi i okazuje spostrzegane przez siebie 3 odmiany, w jakich rośnie hodowla bakteryi błoniczych. Fotogramy powiększonych hodowli okazują nadzwyczajne różnice w sposobie wyrastania tych bakteryi bez zmiany w jadowitości. Typy utrzymują się niestale i mogą przechodzić jeden w drugi. Co do zmiany własności przypomina Bujwid, że Pasteur pierwszy zastosował je do wytworzenia szczepień ochronnych w chorobach zwierzęcych; szczepienia te wywołały przewrót w zapatrywaniach na sposoby zapobiegawcze i lecznicze przy zwalczaniu chorób zakaźnych. Dotąd nie mamy wyraźnych danych na takie przemiany, któreby upoważniały nas do zmiany dotychczasowych poglądów na zapobieganie i odkażanie, oraz izolacyę. Te sposoby walki muszą być stosowane przy chorobach zakaźnych bez względu na mniejszą lub większą jadowitość znalezionego zarazka.

Kol. Eisenberg omawia w uzupełnieniu swego wykładu t. zw. mutacye, dotyczące przemiany własności biochemicznych bakteryi, specyalnie zaś przyswajanie i rozszczepianie pewnych cukrów (B. coli mutabile, mutacye b. durowych na agarze z ramnozą, rzekomodurowych na agarze z raffinozą) i przedstawia mutacyę bakteryi durowych na agarze z ramnozą. Co do przemiany własności chorobotwórczych wskazuje na ważną sprawę tożsamości lub odrębności gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, na przemianę zarazka wściekliźnianego ulicznego w pracowniany, nieszkodliwy dla człowieka (według doświadczeń Nitscha), wreszcie na niezmiernie ważną przemianę zarazka ospowego w krowiankowy w ustroju cielęcia.

4) Kol. M. Blassberg wygłosił wykład: **O wydzielaniu wewnętrznem.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. doc. T. Koźniewski zaznacza, iż chciałby silnie podkreślić fakt, że nauka o wewnętrznem wydzielaniu narządów znajduje się w stanie rozwoju szybkiego, ale w każdym razie początkowego. O wydzielinach wewnętrznych, jako o określonych produktach, mówić musimy jeszcze z większą rezerwą, gdyż poznaną i dobrze zbadaną jest tylko wydzielina nadnerczy, względnie jeden jej składnik — adrenalina. Poza tem tylko co do tarczycy posiadamy dobre naukowe dowody (nie tak jednak ścisłe, jak przy adrenalinie) na to, iż gruczoł ten wytwarza i wprowadza do ustroju swoistą wydzielinę. Nic jednak nie wiemy o wydzielinie wewnętrznej trzustki, pomimo, iż czynność jej, jako gruczołu o wewnętrznem wydzielaniu, nie ulega wątpliwości. Nie mamy nawet żadnych bezpośrednich dowodów, świadczących o istnieniu owej wydzieliny. Mówić zaś o hormonach przysadki, szyszynki mózgowej, klasyfikować i tłómaczyć choroby (jak to czyni np. Chvostek) zwiększeniem lub zmniejszeniem wydzieliny gruczołów przytarczycznych, ustanawiać jako rzecz określoną i pewną antagonizm trzustki i nadnerczy — jest schodzeniem z gruntu naukowych hypotez i zapuszczaniem się w krainę — intuicyi. Kol. K. nie chce przez to powiedzieć, jakoby odnosił się niedowierzająco do sprawy wewnętrznego wydzielania narządów, sądzi jednak, że na razie jest rzeczą przedwczesną uważać zbiór wiadomości o wewnętrznem wydzielaniu, jako naukę o hormonach. Z drugiej zaś strony sądzi, że stanowisko Popielskiego, odrzucającego wszelką swoistość wydzielin i wyciągów rozmaitych narządów, jest również skrajne i wymaga rewizyi.

Prelegent w odpowiedzi raz jeszcze zaznaczył swoje wobec hormonów stanowisko.

Sekretarka doroczna: Dr Ad. Markowa.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego

(od r. 1907).

(Ciąg dalszy).

W r. 1910 wygłosili wykłady: 1) kol. Czajkowski: O przetokach pochodzenia zarodkowego; 2) kol. Puterman: O niezwykłej postaci grypy, spostrzeganej ostatnio w Zagłębiu Dąbrowskiem; 3) tenże: Zarys terapii odpornościowej według Wassermanna; 4) tenże: O chemoterapii chorób zakaźnych według Ehrlicha; 5) kol. Falkowski: O działaniu szczepionek Dra Czajkowskiego; 6) kol. Weinzieher: Próba dorywczego zastosowania metody psychoanalitycznej w celu ustalenia genezy cierpienia i wskazań leczniczych w 2 przypadkach nerwicy.

Nadto: 7) kol. Bartkiewicz: O przypadku pęknięcia trzustki wskutek przygniecenia chorego ciężarem, z wynikiem śmiertelnym wskutek zbyt późnego dostawienia chorego do szpitala; 8) tenże: O przypadku urazowego zapalenia otrzewnej bez pęknięcia trzew, zakończonym niepomyślnie, a powstałym wskutek kopnięcia przez konia w dolną część brzucha; 9) kol. Królikowski opowiedział szczegółowo przebieg bardzo ciężkiego przypadku t. z. choroby posurowiczej; 10) kol. Wołkowicz: O przypadku megacolon congenitum; 11) kol. Arnold odczytał historyę choroby robotnika, któremu już kilkakrotnie udało się symulować porażenie dolnych kończyn po nieszczęśliwym wypadku; 12) kol. Puterman: O przypadku zatrucia weronalem; 13) kol. Królikowski: O przypadku, identycznym z opisanymi przed kilku laty w »Gazecie lekarskiej« przez Latkowskiego pod nazwą grypy z obrzękiem twarzy i powiek w początku choroby.

Z pokazów: 1) kol. Puterman przedstawił chorego na porażenie postępujące, 2) 13-letniego chłopca z nabytem wodogłowiem wewnętrznem po surowiczem zapaleniu opon, 3) chorego 38-letniego z kiłą trzew, gdzie można było przypuszczać białaczkę, 4) chorą na drżączkę poraźną, czyli chorobę Parkinsona; 5) kol. Dehnel chorego ze zmianami nerwowemi po urazie czaszki, 6) kol. Czajkowski chorego z bardzo licznymi, rozsianymi na tułowiu i kończynach guzami rozmaitej wielkości, podskórnymi, ruchomymi, 7) chorą z guzami w brzuchu (gruźlicą gruczołów krezkowych), które się zmniejszyły pod wpływem wstrzykiwań szczepionek swoistych, 8) chorego z gruźlicą lewego stawu łokciowego, wyleczonego tą samą metodą; 9) kol. Bartkiewicz przedstawił 11-miesięczne dziecko, u którego w 2 tygodnie po urodzeniu wykonał operacyę z powodu przepukliny oponowordzeniowej (myelomeningocele); 10) kol. Chrzanowski chorego z periostitis ossificans kości udowej niewiadomego pochodzenia, 11) młodego człowieka z 4 jądrami; 12) kol. Sawicki 3-letniego chłopca, cierpiącego na kurczowe porażenie dziecięce, 13) kol. Mojkowski chorą z guzem w prawem podżebrzu niewiadomego pochodzenia, 14) kol. Weinzieher chorego na porażenie postępujące, 15) chłopca 12-letniego z kiłą nabytą i silnie rozwiniętymi wczesnymi objawami wtórnymi przy niezagojonym jeszcze wrzodzie pierwotnym na żołędzi; 16) kol. Suchodolski przedstawił pętlę pępowiny płodu, który wydobył zapomocą obrotu, 17) kol.

Bartkiewicz nowotwór złośliwy, wielkości jaja kurzego, znaleziony w dolnej części jamy brzusznej u kury, a przedstawiający pod mikroskopem cechy mięsaka, 18) kol. Czajkowski jako przyczynek do działania piperazyny, kamień, składajacy się z kwasu moczowego, dobyty przez cięcie nadłonowe u chłopca, który poprzednio przez 3 miesiące używał zalecanej piperazyny bezskutecznie, 19) wycięte ze wskaziciela u dziewczyny nowotwory znacznej wielkości, 20) kol. Puterman przyrząd do wziewań pod nazwą pulmogen, 21) kol. Wołkowicz przyrząd do rektoskopii, 22) kol. Weinzieher fotografię narządów płciowych 70-kilkoletniego starca, żebraka, z ogromną, wskutek obustronnego dawnego wodniaka jądra, moszną z małoznaczną fałdą, z której tylko zapomocą pewnych manipulacyi można wydobyć prącie, na którem okazał się wrzód miękki, 23) fotografię ogromnie rozrosłych lepieży części płciowych u kobiety.

Oprócz tego omawiano: 1) sprawy komisyi dla dokonywania badań lekarskich robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym, 2) sprawę udziału w wystawie przeciwgruźliczej w Częstochowie i 3) bardzo szczegółowo sprawę stosowania szczepionek dra Czajkowskiego w praktyce i ewentualnego ich wyrobu na większą skalę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

S. Weinzieher (Będzin).

Towarzystwo lekarskie wileńskie.

VI Posiedzenie z dnia 13/26 czerwca 1911 roku.

1) Kol. Bagieński odczytuje sprawozdanie z działalności **sanatoryum dla funkcyonaryuszów kolejowych dotkniętych gruźlicą.** Sanatoryum zbudowane zostało 2 lata temu kosztem kolei Petersb.-Warszawskiej w miejscowości »Wilcza Łapa« o 5 wiorst od Wilna. Urzędowej nazwy sanatoryum nie ma, ponieważ takich chorych w służbie na kolei nie powinno być; w dodatku funkcyonaryuszom kolejowym (ma się rozumieć tyczy się to tylko urzędników niższej rangi i niższej służby, jak n. p. stróże drogowi, zwrotniczy, palacze, konduktorzy) nie wolno chorować w szpitalu dłużej ponad 2 miesiące pod groźbą utraty posady. Wobec tego dzieje się tak, że chory jest w sanatoryum tyle czasu, ile mu zwierzchność pozwoli; poczem, żeby kontynuować leczenie tuberkulinowe, dojeżdża raz, dwa razy na tydzień. O jakiejbądź statystyce nie może być obecnie mowy.

Kol. Bagieński stosuje w sanatoryum endotynę Gabryłowicza i jest bardzo zadowolony z osiągniętych wyników.

2) Kol. Wirszubski przedstawia chorą, lat 20, **z pląsawicą przewlekłą postępującą.** Rodzina — zwyrodniali; 10 lat temu chora przebyła płonicę; podczas rekonwalescencyi wystąpiły objawy pląsawicy. Wobec tego, że na podstawie najnowszych badań dziedziczność w podobnych przypadkach wcale nie jest ustaloną jako czynnik etyologiczny i że prawie zawsze udaje się wykazać tło degeneracyjne, należy nazywać »chorea chronica progress. degenerativa«, a nie »hereditaria«; 2) mężczyznę lat 50 **z bezwęchem wiądowym** (anosmia tabetica), u którego w 10 lat po zakażeniu kiłą wystąpił zupełny bezwęch, jako jedyny objaw początku wiądu rdzenia. Trwało to lat 7, dopiero potem wystąpiły wszystkie inne objawy wiądu; 3) mężczyznę, 52 lat, żyda, — krawca z zawodu, z objawami **wielkiej histeryi;** napad o każdej porze można wywołać uderzeniem lub uciskiem w okolicy lędźwiowej tułowia; podczas napadu występują szybkie skojarzone ruchy całego tułowia, kończyn i twarzy, chory pieje, jak kogut, gdacze, szczeka, wykrzykuje nieprzyzwoite słowa, świszcze, słowem zachowuje się na podobieństwo t. zw. »klikusz«, którzy oddawna są bardzo poważani przez ludność wiejską w Rosyi, jako prorocy, a nawet jako prawie święci.

3) Dr Wolfson pokazuje chorego **bez prącia** z raną w mosznie gojącą się. Wywiady: podczas służby w wojsku, jakieś rany na głowie; poza małżeństwem stosunków płciowych nie było. 4 lata temu w rowku zażołędnym zjawiła się ranka, którą najpierw leczył bez skutku felczer wiejski, a potem sam chory — liśćmi (bardzo rozpowszechniony wśród ludu zwyczaj, by przykładać do ran liście zielone, lub suszone). Dopiero, gdy wrzodziejąca rana zniszczyła prawie całe prącie, chory zgłosił się do szpitala św. Jakóba w Wilnie. Ranę zaczęto leczyć, jak zwykle, sączkowaniem i kompresami; wobec podejrzenia co do kiły zrobiono 2 wstrzykiwania salwarsanu do żył. Rana zaczęła się szybko goić, obecnie prawie zupełnie zagojona. »Ex juvantibus« należy przypuszczać w danym przypadku kilaki.

W dyskusyi Dr Zarczyn robi uwagę, że rozpoznanie niema żadnych podstaw, albowiem nietylko nie zrobiono badania patologiczno-anatomicznego kawałeczków, któreby można było powycinać z wrzodu, ale nawet nie zrobiono odczynu Wassermanna. — Dr Wolfson zaznacza, że szpital nie posiada ani pracowni bakteryologicznej, ani przyrządów do badań patologoanatomicznych, wobec czego żadne z tych badań nie mogło być dokonane. Zresztą odczyn Wassermanna niezawsze daje pewne wskazówki, ponieważ często z surowicą krwi chorego na kiłę odczyn wypada ujemnie, zdarza się też, że surowica krwi nieobarczonych przymiotem może dać wynik odczynu dodatni. — Dr Krainskij dowodzi, że w przypadkach, gdzie jest chociażby najmniejsze podejrzenie przymiotu, nie można ustalić żadnego rozpoznania bez tego odczynu; odczyn Wassermanna przerobiony i sprawdzony w setkach tysięcy przypadków jest zupełnie pewnym odczynem; w chorobach nerwowych, a zwłaszcza umysłowych, odczyn ten częstokroć ma znaczenie rozstrzygające.

Sprawy sanitarne w Sejmie.

Wszystkie wnioski i sprawozdania Wydziału krajowego, przedłożone w bieżącej sesyi Sejmowi, ujęte są we wspólne ramy »Sprawozdania z czynności Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 1 września 1910 do 30 listopada 1911«. Ta forma, przyjęta od lat kilku, pozwala z łatwością rozpatrzeć te wszystkie sprawy sanitarne, któremi się Wydział krajowy zajmował i daje łatwy przegląd ich całości.

Tegoroczne sprawozdanie Departamentu V. podaje naprzód zestawienie rzeczywistych wydatków i dochodów funduszu krajowego w zakresie rubryki budżetowej: »Zdrowie publiczne« w roku 1909 i 1910, oraz ogólny rys działalności wszystkich szpitali krajowych w tych latach, objaśniony tabelarycznemi zestawieniami.

W roku 1909 wypłacił kraj w tym zakresie 6,478.804 k., a ponieważ dochody (głównie krajowych szpitali we Lwowie i w Krakowie i zakładu w Kulparkowie) wyniosły 2,176.208 k., przeto rzeczywisty wydatek z funduszów krajowych wynosił 4,302.596 k. (więcej o 666.680 k., niż w roku 1908). W roku zaś 1909 wynosiły wydatki 7,188.012 k., dochody 2,872.947 k., czysty więc wydatek z funduszu krajowego 4,315.065 (wzrost czystego wydatku w porównaniu z rokiem poprzednim tylko o 12.496).

W wydatkach, jak zawsze, zajmują naczelne miejsce koszta leczenia (w szpitalach prowincyonalnych), które w obu latach wynosiły 3,214.848 i 3,425.974 k.; drugie miejsce zajmują wydatki krajowego szpitala we Lwowie (1,029.619 i 1,433.381), trzecie — wydatki zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie (948.247 i 969.558). Potem dopiero następuje krajowy szpital krakowski (878.562 i 834.552), który koszta swoje pokrywa w stopniu stosunkowo większym, niż szpital lwowski. Dochody bowiem szpitala lwowskiego wynosiły w obu latach 602.960 i 893.348, a krakowskiego 555.704 i 554.612 k. Dalsze rubryki wydatków następują po sobie w takiej kolei: Wydatki za szczepienie ochronne krowianką (156.375 i 159.612 k.), na lekarzy okręgowych (110.004 i 106.522), za utrzymanie podrzutków w kraju i zagranicą (63.667 i 45.886), na zasiłki dla zakładów sanitarnych (54.396 i 181.149),

na leki podczas epidemii (17.086 i 15.377), wreszcie na stypendya dla lekarzy na podróże naukowe (w obu latach po 6000).

Zaległości w kosztach leczenia, (które za ubogich chorych pokrywać mają odpowiednie gminy), wynosiły z końcem r. 1909 i 1910: w szpitalu lwowskim 628.601 i 693.983 k., w krakowskim 279.488 i 335.456, w zakładzie kulparkowskim 919.102 i 965.956 k., a w szpitalach prowincyonalnych 784.104 i 868.679, razem z końcem r. 1909 — 2,611.279, a z końcem r. 1910 — 2.864,075 k.

Dni leczenia we wszystkich szpitalach było w r. 1909 — 2,401.746, a w r. 1910 — 2,480.407. W porównaniu z latami poprzedniemi zwiększyła się liczba dni leczenia o 129.224, względnie 78.661. Odsetek śmiertelności w r. 1909 wynosił średnio we wszystkich szpitalach w kraju 5·8%, w r. 1910 — 5·7%. Pobyt chorego trwał w r. 1909 średnio 24·6 dni, najdłużej oczywiście w zakładach dla obłąkanych (średnio 163·7 dni), potem w szpitalach dla dzieci (23·9), w szpitalach prowincyonalnych (20), w szpitalach stołecznych i klinikach (18·4), a najkrócej w zakładach położniczo-ginekologicznych (15·4). W roku 1910 średni pobyt we wszystkich zakładach był prawie takisam (24·8 dni), przyczem nieco się zwiększył w zakładach dla obłąkanych, zresztą zaś nieco się skrócił. Średnia dzienna liczba chorych we wszystkich szpitalach publicznych w kraju, zawiadywanych przez Wydział krajowy, wynosiła w r. 1909 — 6572 (na 6290 łóżkach), a w r. 1910 — 6796 (na 6428 łóżkach etatowych).

Cały koszt leczenia i utrzymania jednego chorego wynosił w r. 1909 — 42·707, w r. 1910 — 43·42 k. Dzienny koszt żywienia jednego chorego wynosił w obu latach: W szpitalach krajowych z klinikami 70·8 i 70·5 halerzy, w zakładach położniczych 76·4 i 86·5, w zakładach dla obłąkanych 57·6 i 56·4, w szpitalach prowincyonalnych 45·5 i 45·8. Dzienny koszt utrzymania jednego chorego wynosił w r. 1909 średnio 1·734 k., w r. 1910 — 1·749 k., w szpitalach prowincyonalnych 1·38 k. i 1·407 k., w szpitalach krajowych wraz z klinikami 2·686 i 2·651 k., w zakładach położniczo-ginekologicznych 3·109 i 3·492 k.

Na utrzymanie podrzutków wydano w obu latach: w Bobrku 11.136 i 6.780 k., w Wiedniu 50.771 i 37.940 k., w Pradze 1.686 i 1.165 k., z funduszu podrzutków w Krakowie 2.874 i 2.989 k.

Tegoroczne sprawozdanie Dep. V. nie podaje tabeli porównawczej szpitali galicyjskich ze szpitalami innych krajów austryackich, ponieważ dotąd nie wyszła urzędowa statystyka szpitali austryackich za r. 1907. — Z tabeli porównawczej za lata 1902—1906, podanej w poprzedniem sprawozdaniu Dep. V., godzi się przypomnieć, że koszt całego utrzymania jednego chorego wynosił w Galicyi w r. 1906 na dzień 1·52, w Styryi 1·95, w Czechach 1·99, w Tyrolu 2·07, w Austryi dolnej 2·69 k.

Porównując liczbę łóżek w publicznych szpitalach galicyjskich według sprawozdań Dep. V., znajdujemy w r. 1908 łóżek 6.305, w 1909 — 6.290, w r. 1910 — 6.428.

Ze spraw szpitala krajowego we Lwowie na pierwszem miejscu przedstawia Wydział krajowy Sejmowi stan budowy nowych klinik, z których gmach kliniki dermatologiczno-wenerycznej jest już na ukończeniu, ale urządzenie wewnętrzne (mechaniczne), a zatem i otwarcie kliniki nadspodziewanie się odwlokło wskutek toczących się między Wydziałem krajowym a Rządem pertraktacyi o udział w zwiększonych kosztach. Wobec opóźniania się odpowiedzi Rządu przedstawił Wydział krajowy Namiestnictwu jeszcze 12 maja 1911, iż to opóźnienie nietylko odwlecze otwarcie kliniki, ale pociągnie też za sobą nowe wydatki, gdy urządzenie mechaniczne (ogrzewanie) przyjdzie wykonywać już po zupełnem wykończeniu robót murarskich i stolarskich. Sprawa zalega w Ministerstwie. Utknęła też znowu budowa klinik oto-laryngologicznej, okulistycznej i neurologiczno-psychiatrycznej. Mianowicie nowe plany tych budynków według wyższego kosztorysu, już zatwierdzonego przez Ministerstwo, nie zostały jeszcze opracowane przez biura techniczne rządowe, więc też i budowa nie może się rozpocząć.

Z innych oddziałów szpitala lwowskiego zyskał niedawno włączony doń szpital dla dzieci im św. Zofii rekonstrukcyę budynku głównego i gospodarczego, dostosowane do dzisiejszych wymagań, a nadto zapowiada Wydział krajowy przerobienie na oddział dla osesków obecnego oddziału zakaźnego, skąd dzieci zostaną przeniesione do krajowego zakładu dla zakaźnych chorych. Zakład ten, pomieszczony w sąsiedztwie szpitala krajowego na pięknym i obszernym terenie i imponujący planem i liczbą pawilonów, będzie zupełnie ukończony i otwarty już z wiosną r. b., a dla jego obsługi wnosi Wydział krajowy (w osobnem sprawozdaniu) zwiększenie personalu szpitala lwowskiego o 3 lekarzy. (Obecny oddział zakaźny o 42 łóżkach ma 1 prymaryusza i 1 sekundaryusza, nowy zaś — o 120 łóżkach, — mieć będzie prymaryusza i 4 lekarzy pomocniczych). Prymaryusz i dwaj sekundaryusze nowego oddziału zakaźnego otrzymać mają po 1.000 k. dodatku osobistego. Odpowiednio też ma być zwiększony personal administracyjny szpitala lwowskiego (o 5 posad stałych kancelaryjnych przy zwinięciu dyurnów, i t. d.). Prymaryuszowi szpitala dziecięcego i chemikowi szpitalnemu przyznane będą także dodatki osobiste (po 600 k.).

Obok rekonstrukcyi już dokonanych i zamierzonych w szpitalu dziecięcym i obok pawilonów zakaźnych zyska szpital lwowski w czasie najbliższym rekonstrukcye w gmachu głównym (na razie pralni) i połączenie z miejską elektrownią.

Przechodząc do szpitala krakowskiego, na pierwszem miejscu przedstawia Wydział krajowy obszernie sprawę objęcia przez kraj szpitala św. Ludwika dla dzieci, której przebieg znany już jest czytelnikom »Przeglądu« z artykułów, ogłoszonych w tym przedmiocie w naszem piśmie w ostatnich latach. Jak wiadomo, utrzymujące dotąd szpital św. Ludwika »Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci« wypowiedziało z d. 31. grudnia 1913 dotychczasową umowę z Wydziałem krajowym o leczenie dzieci ubogich za ryczałtową subwencyę z funduszu krajowego, postanawiając właściwie szpital zwinąć, a natomiast utworzyć stałe sanatoryum w Rabce, w Krakowie zaś tylko oddział dla rekonwalescentów i przewlekle chorych, oraz dyspensatoryum dla dzieci zagrożonych gruźlicą; wszystkie realności szpitalne w Krakowie mają być sprzedane. Otóż Wydział krajowy oświadcza, że jego zdaniem »Towarzystwo ma obowiązek i nadal utrzymywać szpital św. Ludwika w Krakowie«, co było wyłącznym celem statutowym Towarzystwa aż do r. 1903, ponieważ, — jak wywodzi Wydział krajowy — »zapisy i ofiary, z których powstał szpital św. Ludwika posiadają... charakter instytucyi wieczystej, której tylko zarząd powierzony jest Towarzystwu«, a »jeżeli Towarzystwo postanowiło zmienić pole swej działalności, to powinno... szpital św. Ludwika z całym jego majątkiem oddać w inne ręce z obowiązkiem leczenia w tym szpitalu dzieci«. Zbadaniem sprawy zajmuje się na prośbę Wydziału kraj. Namiestnictwo; po orzeczeniu Namiestnictwa Wydział krajowy »wyciągnie zeń konsekwencye«, a tymczasem przypomniał Towarzystwu opieki szpitalnej dla dzieci obowiązek zwrócenia pożyczonych mu przez kraj na czas trwania dotychczasowej umowy resp. na czas istnienia szpitala św. Ludwika 20.000 kor.

Z prac rekonstrukcyjnych w samymże szpitalu św. Łazarza w Krakowie, poleconych Wydziałowi krajowemu uchwałą sejmową z r. 1908, wykonano dotąd rekonstrukcyę i rozszerzenie pawilonu chirurgicznego, czyniące w pełnej mierze zadość nowoczesnym wymaganiom; jedynie tylko nowe sale operacyjne nie zostały oddane do użytku z powodu spóźnienia się dostawcy ogrzewalników. W zrekonstruowanym oddziale urządzono pracownię rentgenowską dla wszystkich oddziałów szpitalnych, oddając ją pod kierunek Dr Korabczyńskiej, która się w tym dziale zagranicą za stypendyum krajowem wykształciła i ma pobierać 2400 kor. rocznie za prowadzenie pracowni.

Według programu rekonstrukcyi, ustalonego przez Wydział krajowy, ma być izba przyjęć wraz z częścią administracyjną przeniesiona do odpowiednio zaadaptowanego gmachu poklasztornego (gdzie obecnie znajdują się, najfatalniej pomieszczone, oddział położniczy i kiłowo skórny), obecny budynek administracyjny ma być obrócony na inne cele, pawilony dla chorób wewnętrznych przebudowane i rozszerzone, a dla oddziału położniczego i kiłowoskórnego stanąć mają z czasem nowe budynki. Obecnie, stosownie do uchwały Sejmu z listopada 1910, przedstawia Wydział krajowy szczegółową propozycyę rekonstrukcyi i rozszerzenia oddziałów dla chorób wewnętrznych. Zamiast obecnych 88 ma mieć każdy z obu oddziałów po 107 łóżek etatowych przy 30—40 m³ na jednego chorego, dalej ma uzyskać sale dla dziennego pobytu chorych, leżalnie (werandy) dla chorych na gruźlicę, łazienki, odpowiednie wychodki, mieszkania dla służby, dla lekarzy, kancelaryę i pracownie lekarskie, wszystko z ogrzewaniem centralnem, odpowiednią wentylacyą, umywalniami na salach, windami i t. d. Wreszcie ma być uzupełniony inwentarz sprzętów. Dzisiejszy stan oddziałów znamionuje fakt, że na 80 łóżkach (8 łóżek jest dla służby) mieścić się nieraz musi do 130 chorych, że mieszkania lekarzy oddziałowych z wielką szkodą dla chorych zupełnie skasowano, kancelarye przeniesiono do innego budynku, cała służba musi nocować na salach chorych, brak wentylacyi, umywalń na salach, wychodki odległe i zimne i t. p., a sprzęty oddawna nieuzupełniane. Koszt całej rekonstrukcyi oddziałów wewn. wynieść ma 647.440 kor. Oprócz tego proponuje Wydział krajowy, jako bardzo pilną, rekonstrukcyę pralni i kuchni szpitalnej, oddawna za małych (w kotłach, obli-

czonych na 830 litrów, gotować trzeba 2100 litrów, musi się więc gotować dwukrotnie i chorzy dostają potrawy wyziębłe); to kosztować będzie 210.000 kor. Wreszcie ma być odnowiona fasada kościoła i starego budynku poklasztornego św. Łazarza, a w budynku poklasztornym zbudowane nowe wychodki. Łączny koszt rekonstrukcyi w tym pierwszym okresie, obliczonym na 3—4 lat, ma wynosić 920.222 kor., z których 400.000 kor. będą pokryte z majątku zarodowego szpitala św. Łazarza.

Jeszcze bodaj pilniejsza od tych rekonstrukcyi sprawa budowy krajowego zakładu położniczo-ginekologicznego w Krakowie, znajduje się na razie w zupełnym zastoju. Wydział krajowy oczekuje od Rządu odpowiedzi, czy w projektowanym zakładzie ma być pomieszczona także klinika położnicza uniwersytecka, odpowiedzi, której ostatni raz zażądał w listopadzie 1911.

W zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie zbudowana została nowa oczyszczalnia biologiczna kosztem 61.405 kor.; oprócz pokrycia reszty tych kosztów wnosi Wydział krajowy do Sejmu o budowę lodowni (19.800 kor.), natomiast nie proponuje zaprowadzenia oświetlenia elektrycznego, ani własnego wodociągu, w osobnem sprawozdaniu uzasadniając to względem na stan funduszów krajowych. Koszt przyłączenia do miejskiej elektrowni lwowskiej wynosiłby 83.000 kor., roczny wydatek na oświetlenie i motory 32.413, więcej o 16.305 rocznie, niż obecnie kosztuje oświetlenie naftowe i ruch własnych motorów zakładowych. Budowa własnego wodociągu kosztowałaby 280.000 kor., roczny wydatek w tym razie 28.000; obecnie kosztuje woda z miejskiego wodociągu lwowskiego do 30.000 kor. rocznie, przyczem zakład niema dostatecznej ilości wody, bo wodociąg miejski wskutek wielkiego zapotrzebowania nie może jej w odpowiedniej ilości dostarczyć. Własny wodociąg byłby więc dla Zakładu niewątpliwie i rentowny i bardzo korzystny.

Zakładu kulparkowskiego dotyczy jeszcze wniosek o utworzenie w nim posady prymaryusza-prosektora zamiast uchwalonej przez Sejm w r. 1908 posady sekundaryusza, ponieważ wskutek zbyt małego uposażenia materyalnego niepodobna dotąd na stanowisko prosektora pozyskać odpowiedniej siły fachowej.

W sprawozdaniu o postępach budowy zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie podnosi Wydział krajowy podrożenie budowy i opóźnienie jej wskutek trudności terenu i braku wody do budowy, którą trzeba było doprowadzić dopiero osobnym wodociągiem z Wisły. Z 44 budynków zakładowych nie rozpoczęto dotąd czterech (kuchni, pralni, kaplicy i kostnicy), reszta jest w budowie, a 22 już pod dachem. Również wykonano główne kanały, wodociągi i t. d. Zakład otwarty będzie w r. 1913 z opóźnieniem kilkomiesięcznem.

Ze szpitali prowincyonalnych nie mogły być oddane do publicznego użytku szpitale nowo zbudowane w Nowym Targu i Horodence, ponieważ ustawy, nadające tym szpitalom charakter publiczności i powszechności, nie uzyskały dotąd sankcyi. Nie rozpoczęto budowy szpitala w Nadwórnej, ani pawilonu dla chorych na kiłę w Stryju z powodu braku odpowiedzi ze strony Rządu co do udziału w kosztach budowy. Na prośbę Wydziałów powiatowych uznał Wydział krajowy potrzebę szpitali powszechnych w Lisku i Chrzanowie i udzielił wskazówek co do budowy szpitali w Łańcucie i Kamionce strumiłowej. W sprawozdaniu tegorocznem wymienia Wydział krajowy miasta, w których w latach poprzednich (1903 do 1908) uznał potrzebę szpitali powszechnych. Są to: Buczacz, Mielec, Rohatyn, Skała, Trembowla, Zbaraż. Szpital w Kosowie (zbudowany głównie z celem zwalczania endemii kiły w Huculszczyźnie), działający od r. 1908 jako szpital prywatny, uzyskał w r. 1910 charakter szpitala powszechnego i publicznego.

O dokonanych przebudowach i nowych budowach szpitali prowincyonalnych podaje Wydział krajowy następujące dane: W Białej oddano nowy budynek szpitalny do użytku w grudniu 1910. W Bochni palącą potrzebą jest rekonstrukcya i rozszerzenie szpitala, jednakże wnioski Wydziału kraj., przedłożone Sejmowi już dawniej, nie zostały przez Sejm załatwione. W Brzeżanach ukończono znaczne prace rekonstrukcyjne, których ogólny koszt wyniósł 162.767 kor., podobnież w Husiatynie (koszt 204.140 kor.), w Tarnowie (rachunki nie ukończone), w Turce (16.232 kor.); drobniejsze adaptacye i naprawy wykonano lub są w toku w szpitalach w Gorlicach, Kałuszu, Krośnie, Nowym Sączu, Sokalu (urządzenie nowych sal opatrunkowych i porodowych, zmiany posadzek, przebudowy klozetów i t. p.); ukończono własny wodociąg szpitalny w Sanoku i uzyskano dla szpitala w Przemyślu dobrą wodę z wodociągu wojskowego, tymczasowo, zanim szpital nie otrzyma własnego wodociągu, którego budowa rozpocznie się z wiosną r. b.

Nowe budowle i rekonstrukcye proponuje Wydział krajowy następujące: W Drohobyczu, gdzie szpital jest bardzo przepełniony (na 120 łóżkach mieściło się w r. 1909 średnio 171, a w r. 1910 średnio 180 chorych dziennie) zbudowany ma być pawilon zakaźny, w którym znajdą pomieszczenie także chorzy na gruźlicę. Pawilon ten, obliczony na 30 łóżek, stanąć ma na dokupionym w tym celu gruncie, a koszt jego wraz z przeobrażeniami w starym budynku obliczono na 208.000 kor. W Jarosławiu zamierzone są znaczniejsze rekonstrukcye i adaptacye obecnego budynku szpitalnego kosztem 51.053 kor. W Kołomyi staną oszklone leżalnie dla chorych na gruźlicę kosztem 13.000 kor. W Przemyślanach, gdzie stan szpitala jest opłakany (w r. z. groził zawaleniem się, tak że musiano podstęplować sufity!), planowana jest rekonstrukcya i rozszerzenie kosztem 117.539 k. Wniosek Wydziału kraj. w tym względzie, przedstawiony jeszcze w r. 1910, nie został dotąd przez Sejm załatwiony. Nie lepszy, a może gorszy jest stan szpitala w Podhajcach, który jest ciasny, ciemny, zawilgocony, z piwnicami stale zalewanemi przez sąsiedni potok, z nieużytecznemi łazienkami w tychże piwnicach, z jedyną, zupełnie złą salą operacyjną itd., a przytem stale bardzo przepełniony (na 85 łóżkach w r. 1908 dziennie 121 chorych, w r. 1909 — 111, w r. 1910 — 107). Toteż Wydział krajowy wnosi budowę zupełnie nowego szpitala w innem miejscu, na zakupionym już, doskonale położonym gruncie o obszarze $3^1/_2$ morga; nowy szpital proponuje Wydział kraj. na 60 łóżek. Wielkie trudności napotyka sprawa szpitala w Stanisławowie, koniecznie wymagającego rozszerzenia i odpowiedniejszego pomieszczenia; nabycie bowiem gruntów w sąsiedztwie z powodu nader wysokich cen okazuje się niemożebne, a kroki o uzyskanie gruntu miejskiego pod nowy szpital w innem miejscu, spotkały się z odmową Zarządu miasta. W sprawie tej czyni Wydział kraj. dalsze starania i postanowił zwołać konferencyę z udziałem Zarządu miasta i Rady powiatowej.

Szpitalnictwa dotyczą jeszcze następujące ważne wnioski Wydziału krajowego: o systemizowanie stałej posady drugiego inspektora szpitali krajowych, o regulacyę płac lekarzy pomocniczych w obu szpitalach stołecznych, o reorganizacyę i polepszenie bytu służby w tych szpitalach i w zakładzie kulparkowskim, oraz zawiadomienie o pracach wstępnych celem zmiany normy żywienia chorych w szpitalach, o zmianie kontraktu w sprawie obsługi zakonnej w Kulparkowie i wszystkich szpitalach na prowincyi stosownie do wymagań nowoczesnych i o przygotowywanej przez Wydział krajowy ankiecie w sprawie opieki nad obłąkanymi nieuleczalnymi.

Co do poprawy bytu lekarzy pomocniczych w szpitalu lwowskim i krakowskim, to, jak już donosiliśmy, proponuje Wydział krajowy dla sekundaryuszy płacę zasadniczą 1.600 k. rocznie z trzema dodatkami rocznymi po 200 k., t. j. aż do 2.200 k., z mieszkaniem w naturze albo dodatkiem 720 k., a dla lekarzy adjutowanych 1.000 k. rocznie z corocznem podwyższeniem o 200 k.

Co do reorganizacyi służby, to ma być ona podzieloną na służbę wyższą (woźni, odźwierni, profesyoniści, jak ślusarze, maszyniści, piekarze i t. p. rzemieślnicy), oraz niższą (służba oddziałowa, palacze, parobcy, kucharki i t. p.). Obchodząca nas tu głównie służba oddziałowa, właściwie pielęgnująca chorych, ma mieć płacę zasadniczą 216 k. rocznie, (18 k. miesięcznie) z coroczną podwyżką przez lat 10 o 24 k., a przez dalszych 10 o 12 k., czyli po 30 latach dochodzić ma do 696 k. rocznie. Starsi nadzorcy chorych, zaczynając od 480 k. rocznie, dochodzą w ten sposób po 30 latach do 960 k. Oprócz tego służba na oddziałach zakaźnych, kiłowo-skórnych i umysłowych, oraz w izbie przyjęć we Lwowie i w Krakowie otrzymać ma dodatki »funkcyjne« po 24 k. rocznie. W razie trwałej niezdolności do pracy otrzymać ma służba wszelkiej kategoryi po 10 latach służby 40%, z każdym następnym rokiem o 3% więcej, aż do 100% ostatniej płacy po 30 latach służby.

Organizacya okręgowej służby sanitarnej postąpiła o 11 nowych okręgów w 9 powiatach. Obsadzenie nowych posad jest w toku, opaźnia się jednak »wobec ogólnego braku lekarzy, a w szczególności kandydatów na posady okręgowe«. Wskutek podań prawie wszystkich lekarzy okręgowych o poprawę płac, zbadał Wydział krajowy ich postulaty i zapowiada regulacyę poborów służbowych »tam, gdzie one istotnie ze względu na panujące stosunki okazują się za nizkie«.

Zasiłki na podróże naukowe zagranicą wypłacono 10 lekarzom, zajętym w służbie krajowej, imiennie w sprawozdaniu wymienionym, a mianowicie dwu dyrektorom szpitali, 5 prymaryuszom i kierownikom ambulatoryum i pracowni, jednemu

sekundaryuszowi, jednej praktykantce i jednemu lekarzowi okręgowemu. Z podróży tych otrzymał Wydział krajowy od wszystkich wyczerpujące sprawozdania, niektórzy zaś z lekarzy ogłosili na zasadzie poczynionych studyów prace naukowe.

Wreszcie zawiera tegoroczne sprawozdanie Dep. V. wyjaśnienia w sprawie rezolucyi sejmowych z r. 1908 i 1910 co do rozszerzenia świadczeń kas chorych na żony i dzieci członków tych kas, co do kosztów leczenia małoletnich sierot po ubogich rodzicach i opinię o różnych petycyach, przekazanych przez Sejm Wydziałowi krajowemu do rozpatrzenia. Z ważniejszych petycyi poleca Wydział krajowy do uwzględnienia petycye o subwencye: Towarzystwa kolonii leczniczej w Krynicy, Stowarzyszenia wzaj. pomocy położnych we Lwowie, Stow. »Schronisko dla nauczycieli« i Towarzystwa Domu zdrowia uczącej się młodzieży »Bratnia Pomoc« w Zakopanem.

Uwagi, jakie się nasuwają z powodu tegorocznego sprawozdania Departamentu V. Wydziału krajowego, dadzą się ująć w ramy szczuplejsze od tych, jakich wymagało omówienie sprawozdania poprzedniego (por. »Przegląd lekarski« 1910, Nr 40—42). Przyczyna tego jest dwojaka: Przedewszystkiem to, że znaczne zaostrzenie się stosunków politycznych, zwłaszcza sprawy reformy wyborczej, zepchnęło w poprzednich sesyach prawie wszystko inne w Sejmie w cień, a w pierszym rzędzie, jak tego się już w r. 1910 obawialiśmy, sprawy sanitarne; powraca więc w tegorocznem sprawozdaniu wiele niezałatwionych przez Sejm spraw, które omówiliśmy już przed dwoma laty. Powtóre, wprawdzie, dzięki bardzo dobrej, od lat kilku przyjętej formie sprawozdania Dep. V., daje ono pewną całość tych spraw, któremi się Wydział krajowy zajmował, ale tym razem jest tych spraw mniej, gdyż ogromnie przeważa szpitalnictwo, a o dalszym toku wielu innych, dawniej poruszonych spraw nie ma tym razem wzmianki. Tego zeszczuplenia zakresu sprawozdania nie można uważać za rzecz dodatnią; bez przypominania o tem, że działalność Sejmu w sprawach zdrowia publicznego siłą rzeczy rozszerzać się zaczęła i coraz bardziej rozszerzać się będzie, może się pogląd szerszych kół i poselskich i społecznych na higieniczno-społeczne zadania kraju, i tak już nie dostateczny, jeszcze bardziej zacieśnić.

A więc odczuwa się w tegorocznem sprawozdaniu brak wzmianki o zdrojownictwie, nietylko z ogólnego względu na to, że żywszy samorzutny ruch na tem, także ekonomicznie donioslem polu, który powstał u nas w latach ostatnich (Zjazdy przemysłowo-balneologiczne, Związek zdrojowisk), oczekuje od kraju w niejednym względzie pomocy, ale nawet ze względu na szczegółowe sprawy, któremi się i Wydział krajowy i Sejm już zajmował. Przypomnimy tu tylko projekt nowych statutów zdrojowych, poddanie zdrojowisk fachowemu nadzorowi i kierunkowi krajowego lekarskiego inspektora zdrojownictwa, a dalej — sprawy Krynicy, w r. 1910 tak żywo poruszające kraj, że znalazły miejsce i w programowej mowie Namiestnika i w komisyach sejmowych, tworzenie dalszych stacyi klimatycznych (Brzuchowice, których sprawę Sejm nawet uchwalił zbadać) i t. p. A więc pragnęłoby się dalej choćby w krótkich słowach znaleźć w sprawozdaniu ogólny obraz udziału kraju w walce z gruźlicą, tak pięknie zainicyowanego zwołaną przez Wydział krajowy przed paru laty ankietą, a wyrażającego się choćby w zakresie szpitalnictwa; drobne wzmianki o tem w sprawozdaniu zbyt są lakoniczne i rozproszone, by odźwierciedlały to, co już w tym zakresie zrobiono i co jest zamierzone. A więc nasuwa się następnie pytanie, jak rozwija się akcya w sprawie endemicznego matołectwa, rokująca pomyślne nadzieje przed dwoma laty, i poparta wówczas przeznaczeniem na r. 1911 pewnej kwoty z funduszów krajowych, o której zużytkowaniu tegoroczne sprawozdanie milczy. Wobec znacznej liczby matołków w kraju, których utrzymanie bądź co bądź obciąża ludność, miałaby owa akcya niejakie nawet ekonomiczne znaczenie. Czyżby dalsze próby nie spełniły oczekiwań i potwierdzając ujemne wyniki Kutschery, Eyselta, Birchera i Scholza położyły kres zwalczaniu tej endemii wbrew korzystnym doświadczeniom Wagnera? Do takich spraw, już dawniej przez Wydział krajowy poruszonych, a teraz milczeniem pominiętych, należą dalej np. sprawa zaopatrzenia kraju w dobrą wodę, sprawa uzyskania koniecznych zmian w projekcie ustawy o chorobach zakaźnych, starania o budowę państwowego za kładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy i kilka jeszcze innych drobniejszych.

Pomijamy już te rzeczy, które dotychczas nigdy nie znalazły wyrazu w sprawozdaniach Wydziału krajowego, a na które ednakże — jak sądzimy — byłoby tam miejsce właściwe. Należałby tu niejeden postulat społeczno-higieniczny z liczby tych, które podnosi Krajowa Rada Zdrowia. Wśród tych postulatów są bowiem takie, których spełnienie zależy wprawdzie od Rządu, ale którym poparcie przez Sejm na wniosek Wydziału krajowego, a więc uznanie za ważną potrzebę ogólno-krajową, mogłoby nadać należyty nacisk i spełnienie przyspieszyć; są inne, których spełnienie leży w granicach ustawodawczej kompetencyi Sejmu, gdzieby więc propozycya Wydziału krajowego mogła wpłynąć na rychlejsze wygotowanie odpowiednich projektów do ustawy, Postulatów tych tutaj nie wyliczamy, bo już dawniej przytaczaliśmy je w »Przeglądzie«, a w r. z. w »Słowie lekarskiem«, wskazując przy ich omawianiu te z nich, które, jak nam się zdaje. nadawałyby się przed forum sejmowe.

Przechodząc od tego, czego brak w sprawozdaniu tegorocznem daje się odczuwać, do tego, co w niem jest, należy stwierdzić znacznie szybszy wzrost wydatków w dziale sanitarnym w ostatniem dwuleciu, niż w latach poprzednich; gdy dawniej wynosił on średnio rocznie 150.000 k., to tym razem za dwa lata doszedł prawie 680.000 k. (netto); jest to niewątpliwie odźwierciedleniem znaczniejszych inwestycyi w szpitalnictwie, które muszą się w kołach lekarskich spotkać z najżywszem oczywiście uznaniem. Z poszczególnych wydatków poza szpitalnictwem zasługują na uwagę wydatki na utrzymanie podrzutków »w kraju i zagranicą«, wynoszące za dwa ostatnie lata razem 109.553 (więc średnio przeszło 50.000 rocznie; w r. 1908 — 42.758), z tego jednak »w kraju« niestety tylko niespełna $1/_5$. Jestto niewątpliwie bolączka, trudna do wyleczenia. Za uprzywilejowane podrzutki »zagranicą« płaci kraj, bo musi; o tym nieuniknionym wydatku mimowolnie myśli się, że gdyby udało się go zmniejszyć, możeby dla podrzutków w kraju więcej się dało zrobić. Stan dzisiejszy tej sprawy nie może zadowolnić, co obszerniej omawialiśmy już w latach poprzednich.

W ogólnych cyfrach, dotyczących szpitalnictwa, uderzają: trwające jeszcze znaczne przepełnienie istniejących szpitali (średnio około 5% wogóle, daleko gorzej w szpitalach poszczególnych i w okresach znaczniejszego napływu chorych); nietylko nie wzrośnięcie, ale nawet obniżenie kosztu leczenia chorych na dzień i głowę (1908 średnio 1·80 k. we wszystkich szpitalach, 1909—1910 po 1·73—1·75 k.), jak i kosztu żywienia, pomimo gwałtownie rosnącej drożyzny; bardzo mały przyrost ogólnej liczby łóżek w szpitalach publicznych w kraju (w porównaniu z r. 1908 tylko o 123). Stąd wniosek oczywisty, że stosunki od r. 1908, wogóle biorąc, pogorszyły się w tych kierunkach. Toteż z uczuciem wielkiej ulgi i szczerego uznania przyjąć trzeba przygotowaną przez Wydział krajowy reformę norm żywienia, na której konieczność zwracaliśmy uwagę już w r. 1910. Należy tylko pragnąć, aby zmiana i poprawienie tej normy nastąpiły jak najrychlej. Z równem uznaniem spotkać się musi w najszerszych kołach reforma tak doniosła, jak poprawienie umowy z Siostrami zakonnemi, obecnie już we wszystkich szpitalach w kraju przeprowadzona, — oraz poprawa bytu personalu szpitalnego. Co do opieki zakonnej, to szkoda, że niema w sprawozdaniu tegorocznem wzmianki o wynikach dotychczasowej działalności szkoły pielęgnowania chorych, funkcyonującej od lat trzech w szpitalu lwowskim; wyniki te są, o ile wiemy, doskonałe, ale byłaby przecie pożądana wiadomość, ile zakonnic szkołę tę przeszło, ile ich zaś jeszcze niema fachowego w tym względzie wykształcenia, w jakim stopniu uczestniczą różne szpitale w owocach działania szkoły, czy nie zachodzi potrzeba otwarcia drugiej szkoły w Krakowie. Nasuwa się też pytanie, czy i o ile zaczęła się akcya w kierunku kształcenia Sióstr w działach administracyjnych, przedewszystkiem w kierunku sztuki kulinarnej; do niedawna bywały w niejednym szpitalu przez inspektora wytykane w tym względzie braki, a bez ich usunięcia korzyść ze zmiany normy żywienia nie byłaby przecież należyta.

Przechodząc do szczegółów, niepodobna przedewszystkiem obronić się niezmiernie przykremu wrażeniu z powodu przewlekania się, nieraz w nieskończoność, wszelkich spraw szpitalnictwa, gdzie z krajem ma współdziałać Rząd. O braku odpowiedzi ze strony Rządu wspomina sprawozdanie i co do budowy krajowego zakładu położniczego w Krakowie i co do budowy klinik lwowskich i co do budowy szpitali w Nadwórnej i Stryju, przeznaczonych do zwalczania endemicznej kiły. A niestety co do trzech z tych spraw (Kraków, Stryj, Nadwórna) nie mógł się Wydział krajowy doczekać odpowiedzi Rządu już także w r. 1910. Czyż niema żadnego na to sposobu, aby sprawy tej doniosłości i tak piekące nie zalegały po kilka, jak się okazuje, lat, w ministerstwach? Przecież bezużytecznej wędrówce aktów i bezowocności wszelkich oficyalnych »ponagleń« możeby zaradzić mogła

interwencya parlamentarnego Koła polskiego w Wiedniu, skoro obecnie odzyskało ono swe znaczenie i wpływy, a skoro kategorycznych pod adresem Rządu rezolucyi Sejmu, pracującego w tak trudnych obecnie warunkach, trudno się na razie spodziewać. Wszakże nie chodzi tu już ani o jakieś ustępstwa dla Galicyi, mogące być przedmiotem politycznych targów, ani o jakieś drobne interesa partykularne. Pierwszorzędne potrzeby jednej z dwu naszych wszechnic, losy znacznej części ludności kraju, trapionej endemiczną chorobą, toć przecież sprawy ogólnokrajowe, których załatwienia ma prawo domagać się od rządu bez »rekompensat« reprezentacya galicyjska. Doprawdy trudno zrozumieć, dlaczego tej drogi dotąd nie próbowano, dlaczego przedewszystkiem dla lekarzy, posłujących z Galicyi do Wiednia, sprawy tego rodzaju zdają się być obojętne.

Pominąwszy sprawy, zależące od współdziałania rządu, trzeba z radością stwierdzić, że zresztą co do obu szpitali stołecznych wszedł kraj na drogę oddawna koniecznych i oczekiwanych rozszerzeń i rekonstrukcyi. W pierwszym rzędzie dotyczy to szpitala lwowskiego; już dawniej mniej przepełniony i staranniej konserwowany, zyskawszy oprócz całego szeregu mniejszych przeróbek i ulepszeń, dokonywanych w latach ostatnich, wspaniałe pawilony zakaźne na 120 łóżek kosztem 1,200.000 k., przebudowę niedawno przyłączonych oddziałów dla dzieci kosztem niemal 100.000 k., pomnożenie personalu i t. d., stanął szpital lwowski prawie zupełnie na stopie, odpowiadającej współczesnym wymaganiom i stanowisku szpitala stołecznego. Niewątpliwie niejedno jeszcze pozostaje do zrobienia, wszelako zdaje nam się, że uchwalona przed paru dniami w komisyi budżetowej Sejmu rezolucya posła Dr Löwensteina o dalszą rekonstrukcyę szpitala lwowskiego na szeroką skalę — nie była na czasie. Obecnie bowiem istotnie na bliższy plan powinien wysunąć się szpital krakowski, nie wytrzymujący oddawna żadnego porównania z lwowskim, a przecież od niego wcale niemniej ważny, choć w mniejszem znajdujący się mieście.

Prawda, że i o krakowskim szpitalu pomyślał Wydział krajowy bardzo poważnie, że oprócz dokonanej już bardzo dobrej modernizacyi oddziału chirurgicznego rozpoczyna wielkie roboty, których pierwszym okresem będzie przebudowa pawilonów chorób wewnętrznych. Ale sama ta przebudowa trwać ma 3—4 lat, a gdyby w tem tempie były wykonywane i dalsze tutaj ulepszenia, to dopiero za lat kilkanaście stanąłby szpital krakowski na tym poziomie, na jakim już stoi obecnie szpital lwowski. A zdaje nam się, że przynajmniej do tego poziomu powinien szpital krakowski być jak najrychlej podniesiony, jeżeli ma odpowiedzieć swemu zadaniu. Toteż pragnąć trzeba przyspieszenia prac w Krakowie; przedewszystkiem zaradzenia strasznym wprost stosunkom oddziału położniczego, coby mogło i powinno nastąpić przez nieodwlekanie dalsze budowy nowego gmachu, skoro rzeczą jest już pewną, — choć nieoficyalną —, że rządowa klinika położnicza wspólnie z krajem stawiana chyba nie będzie i skoro podobno już dawniej decydował się kraj, na odpowiedź Rządu dłużej nie czekając, budować oddział położniczy na swoją rękę. Zresztą dotychczasowa akcya Wydziału krajowego każe ufać, że mimo wszystko nie zmienią się obecne jego względem szpitala krakowskiego plany, oparte na równej mierze dla obu szpitali krajowych, która się objawia w drobnych nawet szczegółach, jak wyposażenie Krakowa na równi ze Lwowem w osobny oddział rentgenowski pod osobnem kierownictwem.

Pilną sprawą jest stworzenie w Krakowie takich oddziałów zakaźnych, jakie otrzymał Lwów.

Pilną już też obecnie rzeczą jest w Krakowie rozwiązanie sprawy oddziałów dla dzieci, skoro z końcem r. 1913 szpital św. Ludwika, choćby nie został zwinięty, nie będzie przyjmować dzieci ubogich do leczenia za zwrotem kosztu z funduszów krajowych. Stanowiska, jakie w tej sprawie obecnie zajmuje Wydział krajowy, nie możemy podzielać. Pod względem ściśle p r a w n i c z y m okaże się ono może słuszne; niemniej niepodobna obronić się uczuciu pewnego zawodu, że w sprawie tej zdają się względy higieniczno-społeczne nie mieć jakby żadnego waloru, że doniosłość zamierzonej przez Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci szerszej i skuteczniejszej akcyi przeciwgruźliczej może być niejako kwestyonowana i możność jej temu Towarzystwu odjęta, i to przez te właśnie czynniki, od których — zdawałoby się — wyjdzie tej rzeczy poparcie. W tym przedmiocie dałoby się powiedzieć bardzo wiele, zwłaszcza, gdy się porówna warunki ukrajowienia lwowskiego szpitala dla dzieci z obecną sytuacyą krakowskiego szpitala św. Ludwika. Ale lepiej przemilczeć to, coby może wypaść musiało zbyt gorzko, a coby się nasuwało, jeżeliby w t a k i e j sprawie miał rozstrzygać jedynie... paragraf.

Trzeci wielki zakład krajowy, Kulparków, powinienby zyskać własny wodociąg. Wprawdzie zrozumiała jest w tym względzie wstrzemięźliwość Wydziału kraj., nie popierającego tej rzeczy ze względu na finanse kraju, w ostatnich latach w wydatkach właśnie na Kulparków poważnie zaangażowane. Ale z drugiej strony samże Wydział krajowy zaznacza, że ta inwestycya byłaby rentowną, a co najważniejsze i co powinno być rozstrzygające, to fakt, że zakład kulparkowski ma obecnie wody za mało i więcej jej bez własnego wodociągu nie uzyska.

Doskonały jest sposób, w jaki w tym roku przedstawiono w sprawozdaniu sprawy szpitali prowinc.; wymieniając bowiem wszystkie prace wstępne i przygotowawcze, wszystkie sprawy zaległe, ukończone i projektowane, daje sprawozdanie Dep. V. całkowity przegląd tego, co się dzieje w zakresie budownictwa szpitalnego w kraju. Niemniej dokładniejsze rozpatrzenie się w tych danych nasuwa niewesołe refleksye; tembardziej, że, jak widać ze sprawozdania, Wydział krajowy spełnił tu wszystko, co odeń zależy, a że przeszkody w rzeczywistem wykonaniu jego planów mają w niejednym względzie cechy prawie elementarnej »vis major«. Jest nią fatalna, dla spraw krajowych wogóle, a dla sanitarnych przedewszystkiem niezmiernie szkodliwa obecna sytuacya polityczna w Sejmie. Wskutek niej spadają z porządku dziennego Sejmu wnioski o najpilniejsze nawet rekonstrukcye szpitali. Wystarczy przypomnieć, że wnioski takie co do Bochni, Drohobycza i Przemyślan przedstawił był Wydział krajowy Sejmowi jeszcze w r. 1910 i od lat dwu czekają one napróżno załatwienia, a tymczasem szpitale dosłownie walą się (Przemyślany).

Jeżeli jednak odliczymy te trzy szpitale, gdzie wnioski są tylko ponowione, to okaże się, że z w i ę k s z y c h prac rekonstrukcyjnych wnosi Wydział krajowy w r. b. tylko jedną, w Podhajcach. Wobec istniejących jeszcze w kraju kilku szpitali starego typu, pilno wymagających zmodernizowania, byłoby to niewiele. Jedynie rzeczywiście ciężki stan finansów krajowych można tu przyjąć za powód, krzyżujący zamiary Wydziału krajowego szybszego udoskonalenia szpitalnictwa, zamiary, udowodnione działalnością lat ostatnich. Jedna jednak rzecz we wniosku, dotyczącym Podhajec, jest dla nas niezrozumiała. Oto w szpitalu tym przy 85 łóżkach wynosiło przepełnienie 30%, jakże więc wystarczy na jego potrzeby z m n i e j s z o n a jeszcze liczba, 60 łóżek, projektowana dla nowego budynku? Jeżeli cyfra ta nie jest omyłką drukarską, to czyżby dotychczasowe doświadczenia z budową szpitali odrazu zbyt małych (Husiatyn, Tarnobrzeg) pozostały bez wpływu? (Podobne pytanie, choć mniej jaskrawo, nasuwało się już co do przebudowy oddziałów wewnętrznych w szpitalu krakowskim, gdzie projektuje się po 107 łóżek, choć liczba chorych dochodzi 130; zachodzi zresztą przytem jeszcze drugie pytanie, czy mianowicie zamiast przekraczać liczbę 100 łóżek na jednym oddziale, nie należałoby utworzyć trzeciego oddziału ze względów, o których obszerniej już pisaliśmy w »Przeglądzie lek.« w r. 1907).

Drugą większą planowaną, a konieczną, jest rekonstrukcya w Stanisławowie, daleka jednak jeszcze niestety od konkretnych wniosków, choć sprawa również jeszcze w r. 1910 była przez Dep. V. Sejmowi przedstawiona. W tej sprawie musi — łagodnie mówiąc — zadziwiać stanowisku Zarządu miasta, odmawiającego gruntu pod zakład, z którego przecież w pierwszym rzędzie korzysta ludność miejska.

Oprócz co do Podhajec znajdujemy w tym roku z zupełnie nowych wniosków propozycye dwu mniejszych rekonstrukcyi i rozszerzeń: w Jarosławiu i Kołomyi; reszta, są to same drobne roboty, przeważnie już dokonane lub w toku.

W czterech miastach sprawa nowych szpitali utknęła wskutek zalegania aktów gdzieś na biurkach referentów ministeryalnych. Mniejsza już nawet o szpitale w Nowym Targu i Horodence, które już stoją i mogą działać, choć brak im sankcyi, by stały się publicznymi i powszechnymi. Gorsze jest zabagnienie wogóle budów, projektowanych w Stryju i Nadwórnej, wskutek braku odpowiedzi Rządu, mającego uczestniczyć w kosztach, o czem już było powyżej. — Wreszcie w tej smutniejszej części bilansu szpitalnictwa krajowego, w rubryce rzeczy koniecznych, za konieczne uznanych, a dotąd niedokonanych, pomieścić należy wiadomość o 10 szpitalach, których potrzebę zatwierdził Wydział krajowy w ciągu ostatnich lat 9, a z których przez te 9 lat ani jeden budować się nie zaczął (prawie wszystkie powstać miały we wschodniej części kraju).

Do spraw szpitalnictwa należą, właściwie biorąc, także i zasiłki, udzielane lekarzom w służbie krajowej na studya i podróże naukowe, gdyż tylko jeden z zeszłorocznych stypendystów nie był lekarzem szpitalnym. O tych zasiłkach już w r. 1910 nasunęły nam się uwagi, streszczające się w tem, że niejedno-

krotnie mogliby stypendyści odbyć studya w kraju z niemniejszą korzyścią, niż zagranicą, i że domagać się trzeba publikowania składanych przez stypendystów Wydziałowi krajowemu sprawozdań, a nie od rzeczy byłaby w sprawozdaniu Dep. V. wzmianka, którzy stypendyści i jakie ogłosili prace naukowe. Publikowanie sprawozdań byłoby publiczną kontrolą ze zużytkowania publicznego grosza, zawsze pożyteczną, byłoby też połączone z korzyścią dla ogółu lekarzy, gdyby się stypendyści z nimi podzielić chcieli zebranemi spostrzeżeniami.

O pozostałym poza szpitalnictwem jedynym właściwie punkcie tegorocznego sprawozdania Dep. V., dotyczącym okręgów sanitarnych, nasuwa się uwaga, że tempo ich uzupełniania niewiele się przyspieszyło; oczywiście, że brak lekarzy, zwłaszcza brak chętnych do tej służby, nie zachęca do przyspieszenia tej akcyi, ale też, chcąc temu zaradzić i organizacyę sanitarną okręgową rychlej uzupełnić, trzeba byt lekarzy okręgowych znacznie poprawić. To też bardzo na czasie jest postanowienie Wydziału krajowego, by uregulować pobory służbowe lekarzy okręgowych, a wstawienie na ten cel już w r. b. większej kwoty do budżetu krajowego jest ważnym krokiem naprzód. Szkoda tylko, że cała sprawa okręgów sanitarnych dotknięta jest w sprawozdaniu tegorocznem bardzo krótko w przeciwieństwie do sprawozdania poprzedniego, w którem były dane, pozwalające zoryentować się w obecnem stadyum i postępach tej organizacyi. Tym razem brak zupełnie takich danych.

Co do ogólnego wrażenia, jakie sprawia tegoroczne sprawozdanie Dep. V., to streścić je można w tem, że w zakresie szpitalnictwa (któremu głównie jest ono tym razem poświęcone) znać nieustającą, stateczną dążność do udoskonalenia i postawienia istniejących już szpitali zwolna na równi ze szpitalnictwem Zachodu, widać starania o zaspokojenie potrzeb kraju przez przysporzenie liczby łóżek szpitalnych pomimo obecnych trudnych stosunków finansów krajowych. A że uwagi i postulaty, wychodzące z szerszych kół lekarskich, nie przemijają bez skutku i coraz częściej są przez Wydział krajowy brane w rachubę (jak to widać choćby z niektórych, w »Przeglądzie« poruszonych dawniej spraw), to nietylko przez szerokie sfery lekarskie musi być sympatycznie przyjęte, ale świadczy też o coraz ściślejszym stosunku wzajemnym, opartym na rosnącem wzajemnem zaufaniu. A to porozumienie tylko na dobro społeczeństwa wyjść może. C.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 7. II. b. r. posiedzenie, na którem w dyskusyi nad odczytem Prof. Jaworskiego przemawiali Doc. Latkowski i Prof. Lewkowicz. Prof. Kader wygłosił wykład o znieczulaniu zapomocą śródżylnego wstrzykiwania hedonalu i wykonał w tem znieczulaniu operacyę raka sutka. Następnie przedstawił szereg operowanych przez siebie chorych (laminectomia, appendectomia, resectio ventriculi, implantatioossis femoris). Prof. Bujwid przedstawił wyleczony przypadek tężca, który nasuwał trudności rozpoznawcze. Doc. Radliński przedstawił chorą, u której wyłuszczył mięsaka w znieczuleniu hedonalem, i chorego, u którego usunął kulę z jamy brzusznej.

Najbliższe posiedzenie w d. 14. II. odbędzie się w Domu Towarzystwa. Na porządku dziennym jest wykład, którego temat zainteresuje zarówno specyalistów, jak i lekarzy praktycznych.

— Krajowa Rada Zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 3. II. 1912 we Lwowie następującemi sprawami: Zakład kąpielowy w Nowosielcach, uznanie Bystrej za uzdrowisko, okręg sanitarny w Lubyczy królewskiej, docentura higieny w seminaryum prywatnem, taksa leczenia w szpitalu w Dolinie, rejon ochronny dla wodociągów w Tarnowie, sprawa szpitali fundacyjnych.

— W szpitalu OO. Bonifratrów w Krakowie leczono w r. 1911 chorych 1853 przez 34.704 dni; w ambulatoryach udzielono porady 38.752 osobom. Ponieważ obecny szpital na 100 łóżek okazuje się za mały i musi pospiesznie wydalać ozdrowieńców, przeto zamyśla konwent OO. Bonifratrów o utworzeniu domu dla ozdrowieńców na 20—30 łóżek, a przy nim pensyonatu dla zamożniejszych przewlekle chorych, o ile na to zbierze fundusze z ofiarności publicznej. W r. b. upływa 300 lat od założenia konwentu i szpitala w Krakowie przez Waleryana Montelupiego.

— Dyplom doktorski uzyskał p. Edmund Lipski, rodem z Radomia.

— Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galic. uzupełnia wykaz składek na fundusz wdów i sierot po lekarzach (zamiast wieńca na trumnę śp. Prof. Biernackiego) kwotą 10 koron, złożoną przez Prof. Sieradzkiego.

— Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk przypomina o rozpisanym w listopadzie u. r. konkursie na prace naukowe na następujące tematy: 1) Zestawienie działalności jednej z rodzimych wód mineralnych z równorodzajową wodą pozakrajową. 2) Zróżniczkowanie wskazań do stosowania mechanoterapii w zdrojowiskach krajowych. Termin nadsyłania prac upływa z dniem 3 maja 1912 r. Najlepsze dwie prace na tematy powyższe otrzymają każda po 500 k., nagrody. Prace nadsyłać należy pod adresem Zarządu krajowego Związku zdrojowisk i uzdrowisk (Lwów ul. Czarnieckiego l. 6) z zachowaniem zwykłych form konkursowych.

— Oprócz fundacyi im. Prof. St. Pareńskiego na zapomogi dla ubogich chorych opuszczających szpital św. Łazarza w Krakowie, a wynoszącej 10.000 k., przybyła krajowi podobna fundacya dla ozdrowieńców szpitala lwowskiego, im. śp. Dr Hoszarda (2.100 k.), oraz zapis na szpital w Czortkowie śp. Erazminy z Wiszniowskich Schattauerowej (realność).

— Medal pamiątkowy śp. Prof. Henryka Jordana jest do nabycia w Redakcyi »Wiadomości numizmatyczno-archeologicznych« (Muzeum Czapskich w Krakowie) w cenie 50 hal. za aluminiowy, 2 k. za posrebrzany, 2·50 k. za bronzowy, a 10 k. za srebrny.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. I. do 3. II, 1912 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † 1 (w tem obcych — † —), krztuśca 1 † 1, ospy wietrznej 7, płonicy 8 † 1 (1 † 1), odry 6, duru brzusznego 3 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Warszawa. Magistrat m. Warszawy, objąwszy w swój zarząd szpitale, upamiętnił ten ważny fakt wydaniem »Księgi pamiątkowej«, (648 str.), dającej obraz obecnego stanu szpitali i sprawozdanie z działalności Wydziału Dobr. publ. Magistratu za r. 1908/9.

— Epidemia ospy w Warszawie nie ustaje. Z początkiem stycznia pozostawało w szpitalu dla chorych zakaźnych 115 chorych na ospę, w styczniu przybyło 97, zmarło 27. (Med. i Kron. lek. Nr 5).

— Warszawa liczy według danych urzędowych 944 lekarzy praktykujących (1 na 809 mieszkańców), z tego 312 internistów, 127 chirurgów, 149 ginekologów, 131 pedyatrów, 46 neurologów, 33 okulistów, 96 dermatologów, 65 laryngologów. (Liczby te wydają się nieprawdopodobne, trudno bowiem przypuścić, by tak znaczne grupy lekarzy zajmowały się w y ł ą c z n i e działami specyalnymi). Prócz tego było 322 dentystów (1 na 2373 mieszkańców). Położnych było 516, aptek 68. Etatowych łóżek szpitalnych ma Warszawa 2827 (jedno na 280 mieszkańców) i 146 miejsc dla położnic.

— Towarzystwo kolonii letnich postanowiło założyć w Ciechocinku kolonię leczniczą im. ś. p. Dr Markiewicza dla uczczenia jego pamięci.

— »Gazeta lekarska« (Nr 5) zwraca uwagę na kilka przypadków włośnicy (trichinosis), które spostrzegano w Warszawie w ostatnich tygodniach, a przypominając epidemię włośnicy w r. 1906, opisaną przez Chełchowskiego, podkreśla, że włośnica zdarza się u nas (w Warszawie) coraz częściej i nawołuje władze miejskie do budowy centralnej rzeźni i zorganizowania badania mięsa w sposób nowoczesny. — Te uwagi »Gazety lek.« nasuwają myśl, że włośnica może i gdzieindziej u nas na ziemiach polskich nie jest tak wyjątkowa, jak się powszechnie sądzi, tylko nie bywa rozpoznawana. Zdaje się, że w ostatnich latach zdarzały się jej przypadki w Zagłębiu dąbrowskiem. Słyszeliśmy też o przypadkach w Galicyi środkowej przed paru laty, które najprawdopodobniej były włośnicą. Zachodziłoby pytanie, czy też badanie mięsa co do włośnicy jest w Galicyi w większych miastach wykonywane w sposób dostateczny?

— Na odbytem zebraniu rocznem Polskiego Tow. okulistycznego wybrano na prezesa Dr Br. Ziemińskiego, na wiceprezesa Dr Cetnarowicza, na sekretarza oraz skarbnika Dr Paradowskiego, na członków komisyi rewizyjnej Drów: Beina, Czyżewskiego, Endelmana i Januszkiewicza.

— Wyszedł z druku podwójny zeszyt »Odczytów klinicznych«, wydawanych przez redakcyę »Gazety lekarskiej«, rozpoczynając seryę XIX tego nader pożytecznego wydawnictwa. Na zeszyt ten składają się prace Dr Alfreda Sokołowskiego: »O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w cierpieniach płucnych« i Dr Kijewskiego: »Współczesny stan chirurgii płuc«. Cena

tego zeszytu 80 kop., przedpłata roczna na 12 zeszytów — 4 ruble).

Łódź. Grasującą w Łodzi od r. z. epidemię ospy omawia Dr St. Skalski w łódzkim »Rozwoju« (Nr 18). Rozmiarów epidemii w całem mieście dokładnie liczbami określić nie można, wobec zniesienia urzędowej regestracyi przyczyn zgonów (!); następujące jednak zestawienie ze szpitala przy ul. Łąkowej, podane przez Dr Skalskiego, daje już jednak miarę, jak groźnie szerzy się epidemia. Mianowicie w r. 1911:

W miesiącu	Leczono	Umarło	% śmierteln.
Styczniu	8	2	25%
Lutym	8	1	12·5%
Marcu	15	3	20%
Kwietniu	18	5	27·8%
Maju	13	5	38·5%
Czerwcu	24	6	25%
Lipcu	26	3	11·5%
Sierpniu	39	12	30·8%
Wrześniu	51	10	19·8%
Październiku	50	16	32%
Listopadzie	40	8	20%
Grudniu	38	7	18 4%
Razem	330	78	23·6%

W styczniu zaś 1912 znajdowało się w szpitalu równocześnie znowu 30 osób chorych na ospę. Śmiertelność była największa wśród dzieci, dochodząc 36·3%, z dorosłych zaś padały ofiarą kobiety (20·2%) częściej, niż mężczyźni (15·9%). Mimo długiego już trwania i wyraźnego wzrostu epidemii nie uczyniło miasto prawie nic dla jej stłumienia. Szpital jest przepełniony, chorzy czekać muszą po kilka dni na swoją kolej przyjęcia (!), a mimo to nie zwiększono liczby łóżek dla ospowych; nie przeprowadzono szczepień gromadnych, ani rewakcynacyi, ani szczepień robotników, do czego są obowiązane zarządy fabryk. Dr Skalski nawołuje usilnie do podjęcia walki z epidemią, do szczepień ochronnych, odosabniania chorych, odkażania mieszkań i do zawiadamiania jaknajszybszego o każdym przypadku zachorowania.

Z różnych stron. W »Polskim Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu« odbył się 4. II. (22. I.) wykład Prof. N. Cybulskiego z Krakowa: O pochodzeniu prądów czynnościowych w mięśniach. W czasie pobytu w Petersburgu przemawiał Prof. Cybulski przy odsłonięciu pomnika znakomitego fizyologa Tarchanowa, imieniem byłych uczniów.

— Dymisyami, które rząd rosyjski w r. z. zastosował wobec profesorów uniwersytetu, dotknięte zostały najbardziej wydziały lekarskie. W Moskwie pozbawił rząd stanowiska profesorów Minakowa, Rotha, Reina, Aleksińskiego, Serbskijego i 23 docentów wydziału lekarskiego. Opróżnione katedry zajęli: Grigorjew, Muratow, Wengłowski, Bezerowskij, Rybakow.

— Życiorysy ś. p. Prof. Biernackiego zamieściły »Münchener mediz. Wochenschrift« (pióra Dr Ebla) i »Wiener klinische Wochenschrift«.

— Znana księgarnia wydawnicza Ferdynanda Enkego w Stuttgarcie obchodziła jubileusz 75-letniego istnienia. Wydała ona 1094 dzieł treści lekarskiej. Szef firmy, Alfred Enke, otrzymał przed kilku laty honorowy doktorat medycyny uniwersytetu w Tübingen. X.

— Z badań 10.000 mumii starożytnych Egipcyan doszedł Smith do przekonania, że gruźlica i kiła były wtedy bardzo rzadkie. Próchnienie zębów wydarzało się u osób bogatych. Z innych cierpień napotkał Smith: nowotwory kości, dnę, kamienie moczowe i wątrobowe i wypadnięcie macicy i odbytnicy. X.

Mianowani: Dr. Jan Pruszyński, docent uniw. lwowskiego, nadetatowy ordynator szpitala św. Rocha w Warszawie, został mianowany ordynatorem etatowym.

Dr E. Suszkiewicz we Lwowie odznaczony został krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa.

Zmarli: Dr Jakób Rosenthal, starszy ordynator szpitala starozakonnych, radca stanu, w Warszawie w 67 r. ż.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium, nakład J. F. Lehmanna. Rocznik III. Zeszyt 2. Cena 1·25 Mk. (Cały rocznik 16 Mk.).

Lutowy zeszyt »Kursów«, (wychodzących obecnie prócz niemieckiego także w wydaniu hiszpańskim i rosyjskiem) zawiera, jak i w latach poprzednich, rozprawy z zakresu chorób krążenia i oddychania. Prof. A. Hoffmann pisze »O rozpoznawaniu osłabienia serca«, omawiając rozpoznawanie niedomogi ogólnej, rozpoznawanie niedomogi względnej i podstawy czynnościowego leczenia niedomogi krążenia. Prof. Staehelin zaś pomieścił w tym zeszycie pracę p. t.: »Powstawanie i leczenie dychawicy oskrzelowej«. W pracy tej zadziwiać musi brak wszelkiej wzmianki o sposobie, zastosowanym w pewnej formie dychawicy przez Nowotnego i Pieniążka i o uzyskanych tym sposobem wynikach. Z.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1911.

Gazeta lekarska Nr 1—4. Dmochowski: Kilka myśli o istocie powstawania nowotworów (1—3). — W. Starkiewicz: Z kliniki tętniaka aorty: obraz kliniczny i różniczkowy zamknięcia światła żyły głównej i pęknięcia tętniaka aorty do niej (1—2). — W. Dąbrowski: Sprawozdanie Magistratu m. Warszawy za r. 1908 i 1909, oraz ważniejsze zamierzenia w dziedzinie szpitalnictwa (1). — Pruszyński: Ś. p. Edmund Biernacki (2—3). — I. Szmurło: O wskazaniach leczniczych w ostrem i przewlekłem ropieniu w jamie Highmora (3—4). — Drozdowicz: Leczenie twardzieli nosa i krtani zapomocą naświetlań promieniami Röntgena (4).

Medycyna i Kronika lek. Nr 1—4. Mutermilch i Hertz: Badania nad zawartością dopełniacza w normalnych i patologicznych cieczach ustroju (1—2). — Jakimiak: W sprawie odkażania skóry sposobem A. Grossicha (1). — Zarewicz: Zastosowanie emanacyi radowej (1—2). — J. Zawadzki: Ś. p. Edmund Faustyn Biernacki (2). — Bregman: W sprawie odruchów ścięgnowych w pląsawicy (2). — Kaufman: Rozwój pomocy akuszeryjnej (3). — Heiman: Leczenie zapaleń ucha (3—5). — Löwenstein: W sprawie doszczętnego operowania nowotworów złośliwych sutki (4).

Tygodnik lek. Nr. 1—4. Popielski: Teorya hormonów i wyciągi z narządów (1). — Herman: Współczesny stan nauki o bezgnilnem postępowaniu w chirurgii (1). — Spira: O konieczności dozoru lekarskiego nad narządem słuchowym u dzieci w ogólności, w szczególności zaś u dziatwy szkolnej (1—2). — Toczyski: Niezwykły przypadek obrażenia oka piorunem (2). — Sabatowski: O działaniu t. zw. »hormonalu« na ruch jelitowy (2). — Hejman: W sprawie postępowania lekarskiego w przypadkach ropnia na wyrostku sutkowym i t. d. (3). — Reis: O odczynie cysteinowym soczewek prawidłowych i chorobowo zmienionych (4). — K. Orzechowski i C. Meisels: Badania czynności narządów nerwowych wegetatywnych w padaczce (4).

Nowiny lekarskie Nr. 1. H. Święcicki: Kilka uwag do etyologii choroby Basedowa. — W. Jezierski: O leczeniu choroby Basedowa ze stanowiska internisty. — Panieński: O leczeniu choroby Basedowa. — Adam Karwowski: Promienie Roentgena przy chorobie Basedowa. — St. Łazarewicz: Kilka uwag o chorobie Basedowa ze stanowiska ginekologa i położnika. — Chłapowski: Znaczenie łykania powietrza jako czynnika w patogenezie nagłej rozstrzeni żołądka i zaciśnięcia ostrego dwunastnicy.

Przegląd chorób skórnych i wen. Nr 7—8 (1911). Krzyształowicz: Obraz histologiczny zmian w naciekach kiłowych po wstrzykiwaniach salwarsanu. — Serkowski: (c. d.).

Przegląd chirurgiczny i ginekol. Tom VI., Zesz. 1. Hubicki i Br. Szerszyński: Wpływ zespolenia pęcherza żółciowego

z kiszką na wątrobę i przewody żółciowe. — Marcinkowski: Powikłania chirurgiczne ropnych zapaleń jamy bębenkowej — Rotberg: Kilka słów w sprawie obłoniaka twardej opony mózgu.

Postęp okulistyczny Nr 11, 12 (1911). Noiszewski: Leczenie kataforezą galwaniczną ognisk poudarowych w plamce żółtej siatkówki i pozaplamkowych w naczyniówce. — Szafnicki: Plama Mariotta w przypadkach zapalenia obrzękowego nerwu wzrokowego.

Kwartalnik stomatologiczny. Z. 1. Od Redakcyi. — Cieszyński: O odcinaniu wierzchołka korzenia. — Lippel: Stanowisko lekarza-dentysty wobec medycyny. — Mischke: Jama ustna a ustrój, ich wzajemny stosunek. — Schalit: Amputatio pulpae. — Praetzel: Plastyczne złoto Aleksandra dla inlayów. — Mischke: Kilka słów w sprawie techników dentystycznych. — Gruszczyński: W sprawie kształcenia dentystów w Królestwie Polskiem. — Schalit: Z okazyi jubileuszu Towarzystwa austryackich lekarzy-dentystów.

Kronika dentystyczna Nr 1. Zilz: O zastosowaniu formicyny przy amputacyi miazgi zębowej.

Zdrowie Z. 1. Dudrewicz: Mechaniczne filtry dla wody do picia dla wodociągów miejskich. — Dukalski: Rozwój zaufania u ludu do medycyny w ciągu ostatnich lat 20 w zachodniej części gub. kaliskiej. — Sikorska-Karydry: O zatruciach ołowiem w fachu garncarskim.

Przeglad higieniczny Nr 1. Bier: Potrzeby nadzoru nad żywnością. — Mołczański: Mechaniczne oczyszczanie wód ściekowych według systemu inż. Geigera.

Głos lekarzy Nr 1—2. Mikołajski: Sprawa lękarzy policyjnych. — Krajowy Związek zdrojowisk i uzdrowisk wę Lwowie. — Uchwały XVII Wiecu Izb lekarskich. — Sprawy sanitarne w Sejmie. — Mączka: O kasie pogrzebowej lekarzy. — W sprawie techników dentystycznych. — Nowe obarczenie lekarzy rządowych. — Kubik: Ogrody robotnicze.

Słowo lekarskie Nr 1—2. Stahr: Stosunek naukowej pracy lekarskiej do zawodowej u nas. — Z parlamentu. — S. C.: Higiena przemysłu w Galicyi w świetle sprawozdań inspektoratów przemysłowych za r. 1910. — Reklama dla tajnego leku w parlamencie.—Sprawozdanie Wydziału Związku krajowego lekarzy.— Walne zgromadzenie Związku lekarzy okręgowych. — Urzędnicy państwowi i lekarze. — Jak się odnosi do lekarzy nowa niemiecka ordynacya ubezpieczenia społecznego? — Stan szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nasze Zdroje Nr 1—2. Rok III wydawnictwa (1). — Praschil: Określenie pojęcia wody mineralnej (1). — Turliński: O hotelarstwie w zdrojowiskach (1). — Szumowski: Drogi rozwoju Szczawnicy (2). — Mayer: O leczeniu sercowo chorych w Krynicy (2). — Uwagi i wskazania posezonowe.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 14. lutego 1912 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: Prof. Rosner: Z pogranicza ginekologii i chirurgii.